L'allaitement maternel

Étude sur la prévalence et les facteurs associés en Montérégie

Direction de la santé publique

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE

L'allaitement maternel

Étude sur la prévalence et les facteurs associés en Montérégie

Laura N. Haiek, MD, MSc
Dany L. Gauthier, IBCLC, RLC
Dominique Brosseau, Dtp
Lydia Rocheleau, Dtp, MSc

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE
SANTÉ PUBLIQUE

Décembre 2003

AUTEURES
Laura N. Haiek, MD, MSc
Dany L. Gauthier, IBCLC, RLC
Dominique Brosseau, Dtp
Lydia Rocheleau, Dtp, MSc

COLLABORATION PARTICULIÈRE
Diane Vanasse

SECRÉTARIAT
Louise Marchitello
Manon Lévesque

CONCEPTION ET RÉALISATION DE LA PAGE COUVERTURE
Le Zeste graphique

RESPONSABLE DE LA PUBLICATION ET DE LA DIFFUSION
Nathalie Hudon

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source

Pour obtenir une copie de ce document, adressez-vous à :
Direction des communications
Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3
(450) 928-6777 poste 4323

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

SANTECOM (http://www.santecom.qc.ca) : 16-2204-005

Dépôt légal – 4e trimestre 2003
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89342-281-0

Prix : 13,00 $

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont contribué à la réalisation de cette étude et nous voulons les remercier.

Docteurs Micheline Beaudry, Michael Kramer et Jacques Lemaire pour leur aide apportée dans le développement du protocole et du questionnaire.

Mesdames Manon Cantin, Manon Descotes et Mélanie Turcotte pour leur persistance dans la collecte des données.

Messieurs Marc Lavoie et Hong Bo pour leur souci constant dans la saisie et l'analyse des données.

Docteurs Brigitte Côté, Stéphane Groulx, Olivia Hernandez-Sanchez et Céline Lafrenière ainsi que Monsieur Oumar Hamza pour leurs précieux commentaires et suggestions suite à la lecture des versions préliminaires du rapport.

Messieurs Aimé Lebeau et Luc Morel, ainsi que Mesdames Ginette Lafontaine et Suzanne Auger pour l'encouragement soutenu face à ce projet.

Finalement, nous remercions chaleureusement les mères et leurs bébés qui ont consacré leur précieux temps pour participer à l'étude.

MOT DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE

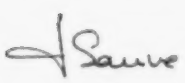
Il est depuis longtemps reconnu que l'allaitement maternel est le meilleur mode d'alimentation pour les nourrissons. Ses bienfaits, tant sur la santé des mères que sur la santé des nourrissons, ont été démontrés par plusieurs études scientifiques et sont liés à sa durée ainsi qu'à son exclusivité.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a recommandé dans ses lignes directrices 2001-2007 que soient mises en place, aux niveaux national, régional et local, des interventions pour favoriser l'allaitement maternel. De plus, dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*, l'implantation de *l'Initiative amis des bébés* dans les établissements hospitaliers et les CLSC du Québec est ciblée.

Depuis 1997, la *Direction de santé publique* appuie des actions de promotion, de soutien et de protection de l'allaitement en vue de favoriser l'atteinte des objectifs de santé publique en matière d'allaitement. En prévision de la mise à jour de sa programmation, il a été convenu avec ses partenaires de réaliser la présente étude. Deux objectifs y étaient poursuivis, soit de connaître la prévalence de l'allaitement total et exclusif en Montérégie et d'identifier différents facteurs qui interviennent dans la décision de la mère d'initier l'allaitement maternel et de le maintenir durant les six premiers mois de vie de son enfant.

Les résultats de cette étude fournissent des informations nous permettant de mieux cibler nos interventions, tant régionales que locales. Celles-ci contribueront à soutenir les mères afin qu'elles puissent allaiter avec succès et, ainsi, augmenter la prévalence, la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel en Montérégie.

La directrice,



Jocelyne Sauvé, M.D.

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Pertinence

Cette étude s'inscrit dans un processus de révision de la planification du Programme régional pour l'allaitement de la Montérégie implanté dans la région depuis 1997. Guidé par le modèle théorique *Precede-Proceed*, les diagnostics prévus dans les 3ème et 4ème étapes visent à établir la prévalence de l'allaitement maternel dans la région et à cerner les facteurs qui l'influencent. Ces diagnostics permettront de réviser les objectifs et les activités du programme à partir de données reflétant davantage la situation montérégienne.

Objectifs

Le diagnostic comportemental (étape 3) détermine l'initiation de l'allaitement maternel total et exclusif et son maintien jusqu'à trois mois et six mois en Montérégie et décrit les variations de ces prévalences selon certaines caractéristiques des répondantes. Il vise aussi à décrire la distribution des catégories d'allaitement (breastfeeding patterns). Le diagnostic éducatif (étape 4) vise à mesurer la prévalence des facteurs prédisposants, facilitants et de renforcements modifiables en Montérégie ainsi qu'à déterminer si ces facteurs sont associés à l'initiation de l'allaitement total et exclusif et à son maintien jusqu'à trois mois et six mois.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale réalisée au moyen d'une enquête téléphonique auprès d'un échantillon représentatif de mères qui résident en Montérégie. La population à l'étude est constituée de femmes résidant en Montérégie ayant accouché en novembre 1999. La taille de l'échantillon est de 632 mères pour l'étape 3 et un sous-échantillon de 175 mères a été utilisé pour l'étape 4. Les principaux comportements d'allaitement étudiés sont : l'allaitement total (lait maternel avec ou sans autres liquides ou solides) et l'allaitement exclusif (lait maternel sans aucun autre liquide ou solide) au cours des six premiers mois de vie du nourrisson.

Résultats et discussion

- Diagnostic comportemental – Étape 3

En 2000, 80 % des mères montérégiennes initient l'allaitement, 51 % allaitent à 3 mois et 32 % à six mois. On constate un abandon important de l'allaitement total : parmi les 508 mères ayant initié l'allaitement, 12 % l'ont cessé au cours de la première semaine et 22 % l'ont abandonné durant le premier mois. L'initiation de l'allaitement exclusif est plus basse (68 %) que celle de l'allaitement total et diminue de façon encore plus marquée dans les premières semaines de vie. En effet, le taux d'abandon de l'allaitement exclusif de 43 % à 1 mois est préoccupant, surtout en considérant que la majorité de ces abandons se produisent au cours de la première semaine, indiquant que les premiers jours et premières semaines de vie constituent une période critique, tant pour l'allaitement total que pour l'allaitement exclusif.

De plus, la proportion des femmes qui allaitent de façon exclusive pour six mois est pratiquement nulle (1 %). Les aliments qui brisent le plus fréquemment l'exclusivité sont le lait non humain et les solides, ce qui explique les résultats au niveau de la distribution des catégories d'allaitement : l'allaitement prédominant (lait maternel avec des liquides autres que le lait non humain) depuis la naissance est faible dans toutes les périodes étudiées tandis que l'allaitement additionné de

compléments (lait maternel avec lait non humain ou solides, avec ou sans autres liquides), augmente au fur et à mesure que l'allaitement exclusif diminue.

Les mères montérégiennes prévoient une durée moyenne d'environ six mois pour l'allaitement total et de quatre mois pour l'allaitement exclusif. Ces objectifs sont encore loin des prises de position québécoises, canadiennes et internationales qui recommandent l'allaitement exclusif jusqu'à six mois et l'allaitement total jusqu'à au moins la première ou la deuxième année de vie de l'enfant. De plus, un nombre considérable de mères n'atteignent pas les objectifs d'allaitement qu'elles se sont fixés avant l'accouchement.

Les résultats sur la variation de la prévalence de l'allaitement selon certaines caractéristiques socio-démographiques permettent d'identifier certains groupes à cibler lors de la planification des interventions régionales et locales. L'inéquité des prévalences parmi les différents groupes socioéconomiques renforce l'idée que les programmes doivent cibler spécifiquement, en plus de la population en général, les femmes et les familles dans des situations de vulnérabilité. D'autre part, les différences dans les prévalences de l'allaitement selon le statut tabagique indiquent que le rôle du tabac dans l'atteinte des objectifs d'allaitement n'est pas négligeable. Un autre groupe qu'il faut cibler est celui des mères prévoyant réintégrer le marché du travail qui rencontrent souvent des difficultés importantes perçues et réelles, en tentant de concilier le travail et l'allaitement.

- Diagnostic éducatif – Étape 4

Les facteurs prédisposants sont fortement associés à la prévalence de l'allaitement. En effet, les mères montérégiennes ayant des connaissances justes et des croyances favorables face à l'allaitement et qui ont été conseillées d'allaiter par leur entourage personnel et professionnel avant accoucher, sont plus nombreuses à initier et à maintenir l'allaitement. Les mères n'ayant pas initié l'allaitement connaissent mal la supériorité du lait maternel par rapport aux préparations lactées et cette connaissance erronée est défavorablement associée au maintien de l'allaitement. Très peu de mères, allaitantes ou non, savent qu'une mère produit du bon lait peu importe la qualité de son alimentation ou que pour allaiter, il ne faut pas nécessairement arrêter de fumer. Les difficultés rencontrées plus fréquemment, tant par les femmes qui continuent que par celles qui cessent d'allaiter, sont les douleurs aux mamelons et aux seins. De plus, la perception de ne pas avoir suffisamment de lait ou d'avoir un bébé insatisfait est plus fréquemment rencontré par les mères ayant cessé d'allaiter précocement. Quant aux facteurs facilitants, les mères ont une opinion unanime : les mères croient que retourner travailler, participer aux activités sociales et allaiter en public rendent l'allaitement difficile. Quant à la capacité à surmonter les difficultés d'allaitement, elle ressort comme étant un facteur facilitant important du maintien de l'allaitement maternel. Le facteur de renforcement étudié est l'aide (avoir dit ou fait quelque chose) apportée par l'entourage personnel et professionnel et celui-ci ne semble pas être associé au maintien de l'allaitement, la seule exception étant le soutien apporté par le médecin traitant puisque les mères qui maintiennent l'allaitement à six mois semblent avoir été davantage aidées par ce dernier.

Conclusion

Même face à une initiation élevée de l'allaitement en Montérégie, l'abandon important de l'allaitement total et exclusif durant les premières semaines de vie de l'enfant demande que les acteurs concernés mettent en place des politiques et des pratiques favorables à l'allaitement ainsi que des services efficaces de soutien postnatal dans la communauté. Nous espérons que les résultats de cette étude contribueront à la mise en place de ces actions régionales et locales, qui faciliteront non seulement l'atteinte des objectifs de santé publique en matière d'allaitement, mais plus encore, qui aideront les mères à allaiter avec succès aussi longtemps qu'elles le désirent.

106-04561/

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS 3

MOT DE LA DIRECTRICE 5

SOMMAIRE EXÉCUTIF 7

INTRODUCTION 13

1. PORTRAIT DE LA SITUATION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EN MONTÉRÉGIE 15

1.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA RÉGION MONTÉRÉGIENNE 15
1.2 PROGRAMME RÉGIONAL POUR L'ALLAITEMENT DE LA MONTÉRÉGIE 15
1.3 PROJETS RELIÉS AU PROGRAMME RÉGIONAL POUR L'ALLAITEMENT MATERNEL 17

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES 19

2.1 PRÉVALENCE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL 19
2.2 FACTEURS DÉTERMINANTS OU PRÉDICTEURS DE L'INITIATION ET DU MAINTIEN DE L'ALLAITEMENT 21

3. MODÈLE THÉORIQUE 23

3.1 DIAGNOSTICS COMPORTEMENTAL ET ENVIRONNEMENTAL (ÉTAPE 3) 24
3.2 DIAGNOSTICS ÉDUCATIF ET ORGANISATIONNEL (ÉTAPE 4) 25

4. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE 29

4.1 DIAGNOSTIC COMPORTEMENTAL - ÉTAPE 3 DU MODÈLE 29
4.2 DIAGNOSTIC ÉDUCATIF - ÉTAPE 4 DU MODÈLE 29

5. MÉTHODOLOGIE 31

5.1 DEVIS DE RECHERCHE 31
5.2 POPULATION À L'ÉTUDE 31
5.3 TAILLE DE L'ÉCHANTILLON ET MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE 31
5.4 DÉFINITION DES VARIABLES 32
5.5 INSTRUMENTS DE MESURE 39
5.6 COLLECTE DE DONNÉES 39
5.7 ANALYSE DES DONNÉES 40
5.8 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES 41

6. RÉSULTATS 43

6.1 PRÉVALENCE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EN MONTÉRÉGIE – ÉTAPE 3 43
6.2 FACTEURS ASSOCIÉS À L'ALLAITEMENT MATERNEL – ÉTAPE 4 49

7. DISCUSSION 57

7.1 PRÉVALENCE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL – ÉTAPE 3 57
7.2 FACTEURS ASSOCIÉS À L'ALLAITEMENT MATERNEL – ÉTAPE 4 66
7.3 FORCES ET LIMITES 70

8. PISTES DE RÉFLEXION POUR L'INTERVENTION 73

8.1 RÉFLEXIONS POUR L'INTERVENTION 73
8.2 RETOMBÉES POUR LA PLANIFICATION DU PROGRAMME RÉGIONAL POUR L'ALLAITEMENT MATERNEL 76

CONCLUSION 79

BIBLIOGRAPHIE 81

TABLEAUX 93

ANNEXES 125

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 Définitions du comportement d'allaitement **95**

TABLEAU 2 Définitions des catégories d'allaitement **95**

TABLEAU 3 Caractéristiques sociodémographiques des mères répondantes et non-répondantes, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000 ..... **96**

TABLEAU 4 Caractéristiques des mères répondantes et non-répondantes, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000 ..... **98**

TABLEAU 5 Caractéristiques des nourrissons des mères répondantes et non-répondantes, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000 ..... **99**

TABLEAU 6 Prévalence de l'allaitement total et exclusif au cours de six premiers mois de vie du nourrisson, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000 ..... **100**

TABLEAU 7 Calendrier d'abandon de l'allaitement total et exclusif au cours des six premiers mois de vie du nourrisson, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000 ..... **101**

TABLEAU 8 Distribution des catégories d'allaitement (*breastfeeding patterns*) au cours des six premiers mois de vie du nourrisson parmi les mères qui allaitent à une période donnée, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000 ..... **102**

TABLEAU 9 Durée prévue de l'allaitement total et exclusif par les femmes ayant initié l'allaitement, *Étape 3* Montérégie, 1999-2000 ..... **103**

TABLEAU 10 Différence entre la durée prévue et la durée réelle de l'allaitement total et exclusif, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000 ..... **104**

TABLEAU 11 Calendrier d'introduction des solides et des liquides autres que le lait maternel chez les mères ayant initié l'allaitement, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000 ..... **105**

TABLEAU 12 Prévalence de l'allaitement total et exclusif selon les centres hospitaliers où les mères ont accouché, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000 ..... **106**

TABLEAU 13 Prévalence de l'allaitement total et exclusif selon le territoire de CLSC où les mères résident, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000 ..... **107**

TABLEAU 14 Prévalence de l'allaitement total et exclusif selon les caractéristiques sociodémographiques, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000 ..... **108**

TABLEAU 15 Prévalence de l'allaitement total et exclusif selon certaines caractéristiques des mères, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000 ..... **109**

TABLEAU 16 Prévalence de l'allaitement total et exclusif selon certaines caractéristiques des nourrissons, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000 ..... **110**

TABLEAU 17 Caractéristiques sociodémographiques du sous-échantillon de 175 répondantes, *Étape 4*, Montérégie, 1999-2000 ..... **111**

TABLEAU 18 Caractéristiques des mères du sous-échantillon de 175 répondantes, *Étape 4*, Montérégie, 1999-2000 ..... **112**

TABLEAU 19 Caractéristiques des nourrissons du sous-échantillon de 175 répondantes, *Étape 4*, Montérégie, 1999-2000 ..... **113**

TABLEAU 20 Services reçus en pré et postnatal par les mères, *Étape 4*, Montérégie, 1999-2000 ..... **114**

TABLEAU 21 Connaissances et initiation de l'allaitement total et exclusif, *Étape 4*, Montérégie, 1999-2000 ..... **115**

TABLEAU 22 Croyances et initiation de l'allaitement total et exclusif, *Étape 4*, Montérégie, 1999-2000 ..... **116**

TABLEAU 23 Motivations et initiation de l'allaitement total et exclusif, *Étape 4*, Montérégie, 1999-2000 ..... **117**

TABLEAU 24 Facteurs facilitants et initiation de l'allaitement total et exclusif, *Étape 4*, Montérégie, 1999-2000 ..... **118**

TABLEAU 25 Connaissances et durée de l'allaitement total à trois et à six mois, chez les 135 mères ayant initié l'allaitement, *Étape 4*, Montérégie, 1999-2000 ..... **119**

TABLEAU 26 Croyances et durée de l'allaitement total à trois mois et à six mois, chez les 135 mères ayant initié l'allaitement, *Étape 4*, Montérégie, 1999-2000 ..... **120**

TABLEAU 27 Motivations et durée de l'allaitement total à trois mois et à six mois, chez les 135 mères ayant initié l'allaitement, *Étape 4*, Montérégie, 1999-2000 ..... **121**

TABLEAU 28 Facteurs facilitants et durée de l'allaitement total à trois mois et à six mois, chez les135 mères ayant initié l'allaitement, *Étape 4*, Montérégie, 1999-2000 ..... **123**

TABLEAU 29 Facteurs de renforcement et durée de l'allaitement total à trois mois et à six mois, chez les 135 mères ayant initié l'allaitement, *Étape 4*, Montérégie, 1999-2000 ..... **124**

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 Diagnostics éducatif et organisationnel. Facteurs modifiables influençant l'initiation et le maintien de l'allaitement maternel **26**

FIGURE 2 Prévalence de l'allaitement total et exclusif au cours des six premiers mois de vie du nourrisson, Étape 3, Montérégie, 1999-2000 ..... **44**

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 Modèle Precede-Proceed **125**

ANNEXE 2 Facteurs associés à l'initiation et au maintien de l'allaitement maternel **129**

ANNEXE 3 Questionnaire auprès des mères **135**

ANNEXE 4 Consentement **149**

INTRODUCTION

En 1997, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de concert avec les régies régionales, déterminaient des actions de santé publique autour de sept priorités dont, entre autres, le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes. Devant le constat que la moitié des mères québécoises choisissaient d'allaiter leur enfant, et ceci seulement pour une courte période, le MSSS s'est intéressé à la situation de l'allaitement maternel au Québec et a établi dans ses Priorités nationales de santé publique 1997-2002[1] l'objectif suivant :

« Que d'ici 2002, l'allaitement maternel à l'hôpital augmente à 80 % (il était de 48,7 % en 1993) et qu'il soit de 60 et de 30 % respectivement au troisième et au sixième mois de la vie de l'enfant. »

Parallèlement, plusieurs organismes nationaux et internationaux reconnaissaient la supériorité de l'allaitement maternel comparativement aux différents modes d'alimentation du nourrisson[2-5]. Ces organismes recommandent un allaitement exclusif pour les six premiers mois de vie du nourrisson[4,6,7] et la poursuite de l'allaitement jusqu'à un[4] ou deux ans[3,5,7] avec l'ajout d'aliments complémentaires.

Dans ce contexte, la Direction de santé publique (DSP) de la Montérégie a mis sur pied, en 1997, le *Programme régional pour l'allaitement maternel*[8]. Diverses actions de protection, de soutien et de promotion de l'allaitement ont depuis été réalisées aux niveaux régional et local en vue de favoriser l'adoption de pratiques favorables à l'allaitement maternel.

En 2000, une révision de la planification s'est avérée nécessaire afin de mieux orienter les actions et l'évaluation du programme en lien avec des objectifs précis et réalistes. Le modèle théorique *Precede-Proceed*[9] a été retenu et adapté pour guider le processus de révision de la planification du programme régional. Selon Green et Kreuter, une définition claire des comportements à changer et un diagnostic de ces derniers constituent une étape nécessaire pour la planification sociosanitaire (étape 3 du modèle). De plus, il faut agir sur les facteurs qui déterminent un comportement pour arriver à le changer (étape 4 du modèle).

Pour réaliser ces étapes, les comportements d'intérêt doivent être identifiés tant au niveau des individus que des organisations. La présente étude s'intéresse précisément aux comportements des mères qui adoptent l'allaitement maternel comme mode d'alimentation pour leur nourrisson et mesure ceux-ci au moyen d'une prévalence de l'allaitement total (lait maternel avec ou sans autres liquides ou solides) et exclusif (lait maternel sans autres liquides ou solides) à différentes périodes chronologiques et ce, à partir de la naissance. Au début de l'implantation du programme, l'état de la situation de ces comportements d'allaitement en Montérégie n'était pas connu. Quant aux facteurs influençant la prévalence de l'allaitement total et exclusif, malgré leur identification exhaustive dans la littérature, leur prévalence et leur importance dans la région n'étaient pas non plus connues.

Cette étude présente les résultats des diagnostics prévus par les étapes 3 et 4 du modèle théorique retenu. Il vise donc à connaître la prévalence de l'allaitement maternel dans la région et à cerner les facteurs qui l'influencent. Ces diagnostics permettront de réviser les objectifs du programme à partir de données reflétant davantage la situation montérégienne.

1. PORTRAIT DE LA SITUATION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EN MONTÉRÉGIE

1.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA RÉGION MONTÉRÉGIENNE

La région desservie par la Régie régionale s'étend de Valleyfield à Sorel, d'ouest en est, de Longueuil à la frontière américaine, du nord au sud, et de Longueuil à Eastman vers le sud-est. Elle comprend également l'Île Perrot ainsi que le secteur qui va de Vaudreuil à la frontière ontarienne. Dans cette région vit une population d'environ 1,3 million d'habitants répartis sur environ 10 000 km carrés. La population de cette région fait de la Montérégie la deuxième région sociosanitaire en importance au Québec après celle de Montréal-Centre. La Montérégie compte neuf centres hospitaliers pratiquant des accouchements, 19 CLSC et 17 groupes d'entraide à l'allaitement[a] répartis dans tous les territoires de CLSC. Le centre hospitalier Kateri Memorial desservant le territoire Mohawk de Khanawake est aussi situé sur le territoire de la Montérégie, mais sa clientèle ne participe pas aux activités du programme.

1.2 PROGRAMME RÉGIONAL POUR L'ALLAITEMENT DE LA MONTÉRÉGIE

En 1997, les Priorités nationales de santé publique 1997-2002 recommandaient que soient mises en place, aux niveaux national, régional et local, des interventions pour favoriser l'allaitement maternel. La DSP de la Montérégie a alors décidé de faire de l'allaitement maternel une priorité pour la région et mobilisa, dès 1997, les partenaires concernés en vue de l'élaboration et de la mise en œuvre du *Programme régional pour l'allaitement maternel*. Puisque la prévalence de l'allaitement en Montérégie n'était pas connue en 1997, l'objectif des Priorités nationales de santé publique[1] a été retenu comme l'objectif général du programme : que d'ici 2002, l'allaitement à la naissance augmente à 80 % et qu'il soit de 60 % et 30 % respectivement au troisième et au sixième mois de la vie de l'enfant. Les objectifs spécifiques étaient de : 1) mettre en place des mesures de protection, de soutien et de promotion de l'allaitement maternel avec tous les partenaires de la région; 2) contribuer à l'harmonisation, à la justesse des messages et des techniques véhiculées à la femme enceinte, à la mère qui allaite, à son conjoint et au grand public; 3) encourager le partenariat entre les différents professionnels, établissements et groupes d'entraide afin de soutenir les mères qui allaitent[8].

La stratégie issue de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), soit l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés* a guidé les actions réalisées en Montérégie. Elle vise à protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement par la conformité aux *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel*[3] et le respect du *Code international de*

[a] Afin d'alléger le texte, lorsqu'on mentionne les groupes d'entraide à l'allaitement, on fait aussi référence aux organismes communautaires qui offrent des services en matière d'allaitement.

commercialisation des substituts du lait maternel[10,11]. Ce dernier se veut un moyen de protéger l'allaitement en assurant une mise en marché éthique des substituts du lait maternel.

En 1998, le *Programme régional pour l'allaitement maternel* proposa l'établissement d'une structure régionale de concertation par la mise sur pied d'un comité régional pour l'allaitement maternel. Ainsi, une douzaine de personnes représentant les secteurs de la santé, du communautaire, de l'éducation et des communications médiatiques ont accepté de partager leur intérêt et leur expertise dans l'élaboration et l'implantation d'un plan d'action régional. Du comité régional ont émergé diverses actions : le soutien à la planification locale, la sensibilisation des administrateurs des établissements de santé, l'élaboration d'une politique type pour les CLSC, la participation au plan de réaménagement physique d'une unité de naissance de la région, la formation sur l'allaitement pour les intervenants de la région, l'organisation de la Semaine mondiale de l'allaitement, le soutien des actions des groupes d'entraide à l'allaitement, l'élaboration de matériel éducatif et l'harmonisation du matériel utilisé par les intervenants. De plus, le comité a participé activement à la détermination des orientations du programme. Le rôle d'influence que les membres du comité ont exercé dans les différents milieux a aussi contribué à soutenir les actions régionales et locales.

En s'appuyant sur la concertation locale, le programme souhaitait également rassembler les acteurs concernés. Ainsi, des comités locaux pour l'allaitement regroupant chacun des centres hospitaliers avec le(s) CLSC et le(s) groupe(s) d'entraide à l'allaitement de leur territoire se sont formés en vue de déterminer et de mettre de l'avant des actions locales concertées dans une optique de complémentarité et de continuité de services offerts à la communauté. Ces comités locaux sont soutenus par une infirmière de l'unité de maternité du centre hospitalier appelée « responsable locale en allaitement » (tâche financée par le budget du programme). Cette dernière voit aussi à l'organisation des sessions de formation et au soutien des intervenants de son territoire. Le dynamisme des comités locaux a favorisé l'émergence de plusieurs actions dont, entre autres, l'établissement de politiques d'établissement en faveur de l'allaitement, la mise en place d'un local d'allaitement et d'une clinique d'allaitement dans un centre d'achats, l'implantation de la cohabitation 24 heures sur 24 et de chambres uniques ainsi que la réalisation d'activités locales dans le cadre de la Semaine mondiale de l'allaitement.

Le programme régional bénéficie aussi des services de consultantes en allaitement pour soutenir l'ensemble des actions à mettre en place, tant au niveau local que régional, dans un souci d'harmonisation des informations transmises à la communauté. Dans ce contexte, une attention particulière a été accordée à la formation en vue de favoriser l'adoption de pratiques favorables à l'allaitement chez les intervenants et organismes concernés par l'allaitement maternel. La formation conçue dans le cadre du programme est une adaptation de la formation de l'UNICEF et de l'OMS intitulée « Conduite pratique et encouragement de l'allaitement maternel dans un hôpital ami des bébés : formation de 18 heures destinée au personnel des maternités »[12] et est divisée en trois journées de six heures chacune. Entre octobre 1998 et mai 2001, 1 645 présences pour l'ensemble des trois journées de formation ont été relevées. En fait, 840 personnes provenant de presque tous les centres hospitaliers, CLSC et groupes d'entraide à l'allaitement de la région ont participé à au moins l'une des trois journées de la formation. De plus, une trousse de formation a été conçue afin de

faciliter l'animation de la première journée de la formation de 18 heures : « L'allaitement maternel, formation de base. Trousse à l'intention des intervenants œuvrant en périnatalité »[13,14].

Enfin, le programme a aussi permis la mise en réseau de divers acteurs : les responsables locales en allaitement, les chefs d'unité de maternité des centres hospitaliers et les responsables des groupes d'entraide à l'allaitement[15]. Les rencontres entre ces divers types d'acteurs donnent lieu à un partage d'expérience et à un ressourcement en matière d'allaitement maternel qui sont essentiels à l'implantation du programme en Montérégie.

1.3 PROJETS RELIÉS AU PROGRAMME RÉGIONAL POUR L'ALLAITEMENT MATERNEL

Deux projets montérégiens visant les groupes d'entraide à l'allaitement et les médecins omnipraticiens de la région ont été développés et implantés en lien avec le programme régional.

1.3.1 Projet Ensemble vers une culture d'allaitement

Le projet *Ensemble vers une culture d'allaitement*, élaboré par la DSP en 2000[16] et soutenu par le Programme canadien de nutrition prénatale de Santé Canada[17], veut permettre aux groupes d'entraide à l'allaitement de consolider leurs actions ou d'en développer de nouvelles. Il soutient également la formation des bénévoles des organismes. Ce projet vise l'ensemble de la population avec une attention particulière aux personnes de milieu défavorisé par l'implication des groupes d'entraide à l'allaitement dans divers projets ou programmes (ex. : programmes de type NEGS, OLO).

1.3.2 Projet Promotion de la prévention clinique

Le projet *Promotion de la prévention clinique* élaboré par la DSP de la Montérégie vise à rendre le counseling des médecins omnipraticiens plus efficace. Il utilise des stratégies empruntées du marketing par le biais de visites personnalisées au cabinet du médecin effectuées par un délégué en prévention, d'outils divers et d'un atelier en techniques de persuasion. Ce projet comportant un volet sur l'allaitement maternel, a nécessité l'expertise de certains membres du comité régional. Le projet et les résultats de son évaluation sont détaillés dans le rapport intitulé « Promotion de la prévention clinique (PPC). Un projet de promotion des pratiques préventives démontrées efficaces auprès des médecins de première ligne de la Montérégie, Québec »[18] et dans l'abrégé pour fin de diffusion[19].

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

2.1 *PRÉVALENCE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL*

Lors de la revue de littérature effectuée pour planifier la présente étude, treize études publiées entre 1985 et 1999 portant sur la prévalence de l'allaitement dans différentes régions du Canada, ont été recensées[20-33]. Plusieurs informations pertinentes, considérées dans le présent devis, se dégagent de ces études :

- Au Canada, la prévalence de l'allaitement total à la naissance varie entre 42 % et 83 % selon la région et les groupes ciblés. Au Québec, elle varie entre 54 % et 72 %.
- Selon la région et les groupes ciblés, la prévalence de l'allaitement total au Canada se situe entre 30 % et 55 % à trois ou quatre mois et entre 11 % et 30 % à six mois et celle au Québec varie entre 31 % et 47 % à trois mois et entre 18 % et 31 % à six mois.
- Dans les différentes études, les prévalences ont été mesurées au moyen d'études observationnelles de cohortes ou d'enquêtes transversales. La plupart des études utilisent une période de suivi de quatre à neuf mois; trois enquêtes ont interviewé les mères alors que les enfants étaient âgés de moins de deux[31] ou cinq ans[26,30]. Comme instrument de mesure, toutes les études ont utilisé des questionnaires administrés face-à-face, par téléphone, par la poste ou une combinaison de ces trois modes.
- La plupart des enquêtes transversales ont procédé à une collecte de données sur les naissances d'un seul mois de l'année. Une étude, comportant une collecte de données provenant de naissances s'échelonnant sur quatre mois (mars, juin, septembre et décembre), rapporte qu'il n'y a pas d'influence du mois de naissance sur la durée de l'allaitement[21]. Une autre étude ayant échantillonné des mères sur plusieurs mois (de janvier à mars et de juin à août) ne mentionne pas de différences dans la prévalence de l'allaitement selon le mois ou la saison de l'année où l'accouchement a eu lieu[27,28].
- La majorité des études ont tenu compte de certains critères d'exclusion, dont les plus souvent cités sont : les bébés de petit poids (< 2500 g), les bébés ayant des anomalies congénitales et les naissances multiples.
- La majorité des études ont des taux de réponse acceptables qui se situent entre 73 % et 94 %. Seulement deux études ont des taux de réponse plus bas, soit 24 %[27,28] et 54 %[25], ce qui affecte la validité des résultats. La façon de collecter les données a probablement contribué au faible taux des réponses dans ces études : dans la première étude, les parents devaient se rendre à une clinique pour être interviewés alors que dans la seconde, les questionnaires étaient envoyés par le service postal.

Depuis la parution des Priorités nationales de santé publique 1997-2002[1], plusieurs études québécoises visant à mesurer l'initiation et le maintien de l'allaitement maternel et dans certains cas,

les déterminants et facteurs leur étant associés, ont été publiées[34-40]. Le type d'échantillonnage utilisé visait la mesure de la prévalence de l'allaitement, soit du Québec[32], soit d'une région sociosanitaire[34,37], soit d'un ou de plusieurs centres hospitaliers[35,36,39]. La méthodologie de recherche utilisée diffère aussi selon les études. Certaines étudient une cohorte de mères suivies au moyen d'une entrevue face-à-face à la naissance et, d'un contact téléphonique à trois et à six mois chez les femmes ayant débuté l'allaitement[36] ou d'un suivi par le CLSC pendant six mois lors de cliniques de vaccination ou lors de contacts téléphoniques[35]. Certaines autres ont recours à une enquête transversale avec contact téléphonique ou postal à un mois[37] ou à six mois[34,39] ou au moyen d'une visite à domicile à environ cinq mois[38]. Toutes les études affichent des taux de participation acceptables, supérieurs à 75 %. On constate toutefois des imprécisions au niveau des définitions des variables d'intérêt, surtout pour l'allaitement à la naissance et une lacune au niveau de la mesure de la prévalence de l'allaitement exclusif.

Ces études québécoises démontrent que la pratique de l'allaitement au Québec est plus fréquente que par le passé : la prévalence varie de 61 % à 80 % à la naissance, de 36 % à 47 % à trois mois et de 20 % à 31 % à six mois selon les régions et les groupes ciblés. Les écarts remarqués peuvent être expliqués en partie par des différences au niveau de l'échantillonnage, du devis de recherche, des définitions de l'allaitement, des périodes chronologiques et des critères d'inclusion/exclusion utilisés. Par exemple, une prévalence de près de 80 % à la naissance est rapportée dans une étude qui a examiné l'impact du congé précoce auprès d'un groupe non représentatif de mères de la région de Montréal pouvant s'exprimer en anglais et en français et ayant eu un accouchement vaginal sans complication, un nourrisson de poids à la naissance de 2 300g ou plus, une gestation de 36 semaines ou plus et un séjour hospitalier ne dépassant pas 60 heures[37].

Par contre, deux autres enquêtes ont recueilli des données représentatives sur la prévalence de l'allaitement : une étude provinciale[38] et une étude régionale[34] ont échantillonné par territoire parmi les femmes y résidant. Selon l'enquête provinciale[38], la prévalence de l'allaitement total au Québec se situe à 72 % à la naissance et à 47 % à trois mois de vie de l'enfant. Dans l'étude de la région de Québec[34], la prévalence de l'allaitement total se situe à 70 % à la naissance, à 47 % à trois mois et à 31 % à six mois. Ces enquêtes ont aussi étudié la prévalence de l'allaitement exclusif[34,38]. Les résultats montrent que l'allaitement exclusif est initié plus fréquemment dans l'enquête provinciale (72 %) que dans celle de la région de Québec (66 %) tandis que les données de trois mois montrent la situation inverse : la région de Québec affiche une prévalence de l'allaitement exclusif plus élevée (27 %) que celle rapportée par l'étude provinciale (18 %), mais des différences dans la définition de l'allaitement exclusif peuvent probablement expliquer une partie de l'écart observé. Trois autres études[35,36,39] auprès des centres hospitaliers et maison de naissances des régions de l'Outaouais, de Sherbrooke et de Chaudière-Appalaches montrent une initiation de l'allaitement total variant de 61 % à 72 % et un maintien, à 3 mois, de 36 % à 40 % et, à 6 mois, de 20 % à 23 %. Toutefois, les naissances chez les femmes montérégiennes qui ont lieu dans des centres hospitaliers hors région, ne sont pas comprises dans les résultats. Aussi, les trois bilans d'évaluation des Priorités nationales de santé publique[41-43] ajoutent à l'information fournie par les rapports de recherche, avec des données non-publiées recueillies par d'autres régions sociosanitaires de la province.

2.2 FACTEURS DÉTERMINANTS OU PRÉDICTEURS DE L'INITIATION ET DU MAINTIEN DE L'ALLAITEMENT

Une revue de littérature a été réalisée pour identifier les facteurs déterminants de l'initiation et du maintien de l'allaitement. Les publications retenues, parues entre 1984 et 1999, incluent des études canadiennes et américaines utilisant différentes méthodologies; les facteurs prédictifs ou déterminants y étant identifiés au moyen d'analyses bivariées et multivariées. Il faut noter que toutes les études considérées sont des études de cohortes observationnelles ou des enquêtes transversales avec sources potentielles de biais bien reconnus (p.e., confounding by indication, reverse causality)[44-46]. Il est donc difficile, pour certains facteurs, d'établir si le lien avec la prévalence de l'allaitement est causal ou s'il est une conséquence du changement du comportement ou un marqueur de la présence d'autres facteurs causals non mesurés ou non identifiés. Plus particulièrement dans le cas des études transversales, il est difficile de s'assurer que l'exposition aux facteurs précède la conséquence sur la prévalence de l'allaitement. C'est le cas de l'association possible entre l'utilisation des suppléments ou de tétines artificielles et la durée de l'allaitement[14,45,47,48], facteurs dont la présence pourrait être une conséquence et non la cause de la décision de la mère de sevrer son enfant. De plus, la plupart des études recensées se sont concentrées sur les associations avec l'allaitement total; la littérature documentant les déterminants de l'initiation et du maintien de l'allaitement exclusif est moins abondante que celle qui concerne l'allaitement total. Les principaux facteurs identifiés sont présentés à l'annexe 2.

La révision de cette littérature démontre que les associations de facteurs fréquemment considérés ne sont pas constantes et que la majorité des études s'attardent seulement sur les variables socioéconomiques. Aussi, plusieurs associations significatives ayant été rapportées par des études bivariées ne le sont plus dans des études plus récentes utilisant des analyses multivariées pour contrôler les variables potentiellement confondantes[49]. Par exemple, malgré une association importante et constante entre l'allaitement total et certains facteurs socioéconomiques tels la scolarité, l'association est beaucoup moins constante face à l'état matrimonial et au revenu familial. Par ailleurs, les associations bivariées déjà rapportées entre l'allaitement et les caractéristiques des mères, telles la parité et le type d'accouchement, deviennent moins importantes lorsqu'elles sont étudiées à l'aide d'analyses multivariées tandis que la plupart des études ayant considéré le statut tabagique des mères ont documenté une association constante entre le tabagisme post partum et l'initiation de l'allaitement ainsi qu'entre le tabagisme post partum et le maintien de l'allaitement. Plusieurs autres publications récentes ont exploré l'association entre l'allaitement et les facteurs psychosociaux tels les croyances, la motivation et le soutien de l'entourage.

3. MODÈLE THÉORIQUE

Le modèle théorique *Precede-Proceed*[9,50] a été retenu pour la planification du programme régional[b]. En effet, ce modèle a largement été utilisé pour encadrer des programmes dans divers milieux et dans différents pays et a été jugé pertinent pour répondre aux particularités de la planification, de l'implantation et de l'évaluation du programme régional. L'adaptation du modèle est présentée à l'annexe 1. La présente étude concerne seulement les diagnostics comportemental et éducatif inclus dans les étapes 3 et 4 du modèle.

En bref, le modèle théorique *Precede-Proceed* est constitué de neuf étapes distinctes qui sont toutefois interreliées. Les cinq premières étapes (*Precede*) reposent sur une démarche systématique qui permet d'analyser la situation, d'établir des priorités et de définir des objectifs précis. Les quatre dernières étapes (*Proceed*) sont centrées sur l'élaboration des activités, la mise en œuvre d'un programme, son suivi et son évaluation.

La première étape (le diagnostic social) est le processus qui permet de déterminer la perception que les gens ont de leurs besoins et de leur qualité de vie ainsi que leurs aspirations quant au bien-être de la collectivité. L'objectif est de mieux connaître la communauté en utilisant une démarche qui se veut la plus participative possible, de façon à assurer un succès à long terme du programme. La deuxième étape (le diagnostic épidémiologique) permet de mettre en lumière les problèmes de santé vécus par la population cible en lien avec le ou les problèmes sociaux relevés à l'étape du diagnostic social. Ce diagnostic détermine quels sont les problèmes de santé importants et ce, selon une mesure objective plutôt que subjective et quels sont les comportements et facteurs environnementaux liés à ces problèmes de santé.

Les étapes 3 (diagnostics comportemental et environnemental) et 4 (diagnostics éducatif et organisationnel) sont les diagnostics sur lesquels se concentre la présente démarche. Elles sont décrites plus en détails dans les sections 3.1 et 3.2.

L'étape 5 du modèle, soit les diagnostics administratif et politique, vise à définir les ressources humaines et financières nécessaires ou disponibles pour le programme, à identifier les barrières qui doivent être éliminées pour sa mise en œuvre et à examiner les conditions favorables pour le faire. Dès que la partie *Precede* est complétée, la partie *Proceed* est à entreprendre. Elle consiste en la mise en œuvre (étape 6) et à l'évaluation du programme (étapes 7 à 9).

Les priorités de santé publique étant déjà clairement établies et les effets bénéfiques de l'allaitement sur la population étant bien documentés dans la littérature, il n'a pas été nécessaire de faire les étapes

[b] Le texte présenté sous cette section est une adaptation du document « Planifier pour mieux agir »[51]. Certaines phrases ont été reproduites textuellement du document.

1 et 2 en Montérégie. Les étapes 5 à 9, bien qu'elles ne font pas l'objet de l'étude, seront franchies au cours du processus de l'implantation du programme.

3.1 DIAGNOSTICS COMPORTEMENTAL ET ENVIRONNEMENTAL (ÉTAPE 3)

Le diagnostic comportemental de l'étape 3 se base sur l'analyse systématique des facteurs comportementaux reliés aux problèmes de santé relevés et permet ainsi d'identifier les comportements des individus et des organisations qui sous-tendent les problèmes de santé, de sélectionner les comportements à changer et d'identifier les objectifs de changement comportemental. Quant au diagnostic environnemental de l'étape 3, il se fonde sur le même type d'analyse que le diagnostic comportemental, mais est axé sur les facteurs environnementaux.

Dans le cas du programme régional, une meilleure connaissance des comportements des mères et des organisations montérégiennes permettra de définir les objectifs généraux du programme. Pour cette étape, plusieurs comportements liés à l'allaitement maternel ont été identifiés.

Au niveau des comportements des individus (mères) :

- l'initiation de l'allaitement total et exclusif;
- le maintien de l'allaitement total et exclusif jusqu'à trois mois;
- le maintien de l'allaitement total et exclusif jusqu'à six mois.

Au niveau des comportements des organisations (non abordé dans le présent document) :

- L'adoption de pratiques favorables à l'allaitement, telles que définies dans l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés*, par les établissements de santé de la Montérégie (le diagnostic de ce comportement fait l'objet d'une autre étude)[51].

Au niveau de l'environnement (non abordé dans le présent document) :

- l'adoption des mesures sociales : congé parental, aide financière pour les bénéficiaires de la sécurité de revenu qui allaitent;
- l'existence de l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés*[3] et son adaptation pour les services de santé dans la communauté (CLSC, maison de naissance) nommée *Initiative des amis des bébés* (IAB)[52,53];
- la parution des Priorités nationales de santé publique 1997-2002[1];
- la circulaire concernant l'approvisionnement gratuit des préparations lactées pour nourrissons aux centres hospitaliers du Québec, expédiée en 1999 par le sous-ministre adjoint au budget à l'administration et aux immobilisations[54];
- la reconnaissance « Hôpital ami des bébés » obtenue en 1999 par un établissement montérégien, l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins;
- la parution des lignes directrices ministérielles sur l'allaitement en 2001[54];
- la parution du Programme national de santé publique 2003-2012.

3.2 DIAGNOSTICS ÉDUCATIF ET ORGANISATIONNEL (ÉTAPE 4)

L'étape 4 du modèle est composée des diagnostics éducatif et organisationnel qui servent à identifier les facteurs devant être modifiés pour qu'un processus de changement soit instauré et maintenu. Ces diagnostics visent donc à identifier les facteurs modifiables qui influencent les changements comportemental et environnemental à l'intérieur de trois catégories, soit les facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement ainsi qu'à retenir ceux qui sont prioritaires et à définir les objectifs des changements souhaités.

Les facteurs prédisposants sont antérieurs aux comportements et ils influencent le rationnel ou la motivation d'agir d'un individu ou d'un groupe. Cette catégorie inclut les connaissances, les attitudes, les croyances, les valeurs, les besoins perçus et la capacité d'agir. Les facteurs facilitants, quant à eux, facilitent la réalisation d'une action individuelle ou organisationnelle. Ils incluent la disponibilité, l'accessibilité et la capacité d'offrir des ressources de santé et communautaires. Ils incluent aussi les conditions de vie qui peuvent entraver l'adoption du comportement souhaité et l'acquisition de nouvelles habiletés nécessaires pour que le changement comportemental ou environnemental puisse s'opérer. Finalement, les facteurs de renforcement sont subséquents aux actions et peuvent être positifs ou négatifs. Ils agissent comme une rétroaction au comportement adopté et contribuent à son maintien, à sa répétition ou à son abandon, s'il y a lieu. Ces facteurs comprennent le soutien social, l'influence des pairs, les conseils et la rétroaction provenant des professionnels de la santé, ainsi que les conséquences physiques découlant du comportement (bien-être ou douleur).

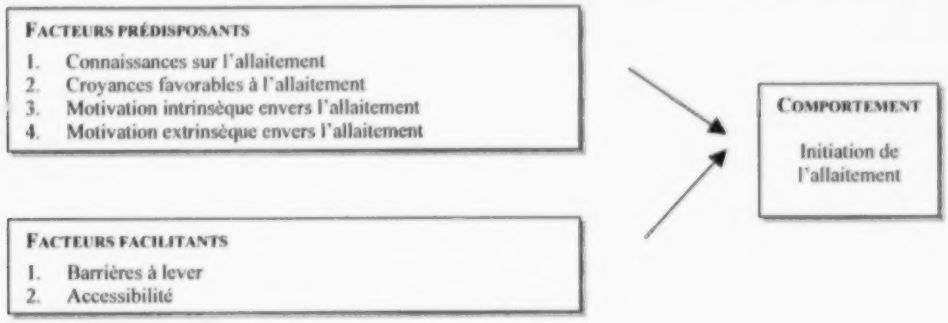
La figure 1 montre les facteurs modifiables retenus suite à la revue de littérature, à la consultation de spécialistes et aux résultats d'une étude pilote sur le diagnostic éducatif relié à l'initiation et au maintien de l'allaitement maternel en Montérégie[55]. Ils sont présentés sous les catégories proposées par le modèle *Precede-Proceed* (prédisposants, facilitants et de renforcement). Les facteurs recensés ont trait principalement à l'allaitement total. En effet, au cours des dernières décennies, les études se sont concentrées sur les déterminants et les facteurs influençant l'allaitement, qu'il soit exclusif ou non. Conséquemment, les déterminants de l'allaitement exclusif sont moins bien étudiés.

FIGURE 1

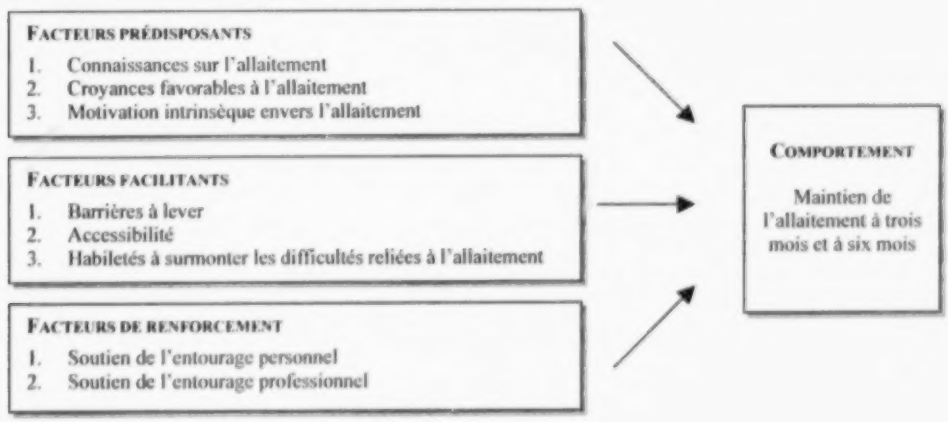
Diagnostics éducatif et organisationnel

Facteurs modifiables retenus influençant l'initiation et le maintien de l'allaitement maternel

A. MODÈLE DES FACTEURS MODIFIABLES INFLUENÇANT L'INITIATION DE L'ALLAITEMENT



B. MODÈLE DES FACTEURS MODIFIABLES INFLUENÇANT LE MAINTIEN DE L'ALLAITEMENT



La sélection des facteurs retenus comme prioritaires permet l'identification des objectifs éducatifs et organisationnels qui eux-mêmes permettent de définir les activités du programme de promotion de la santé. Green et Kreuter proposent deux critères de priorisation : l'importance du facteur et la capacité d'intervenir sur celui-ci. L'importance du facteur peut être estimée en fonction de sa prévalence, son urgence et sa nécessité évalués par la logique, l'expérience, les données et la théorie. La capacité d'intervenir sur le facteur peut être documentée à partir de résultats d'études antérieures, de différentes techniques illustrées dans la littérature ou, encore, par la logique.

Les facteurs influençant l'allaitement maternel sont déjà identifiés dans la littérature mais leur importance pour chacun des comportements et des catégories d'allaitement étudiés est inconnue en Montérégie. Par conséquent, la présente démarche vise aussi à identifier les principaux facteurs modifiables associés à l'initiation de l'allaitement maternel et à son maintien jusqu'à trois et six mois de vie de l'enfant en Montérégie. À la suite de cet exercice, une priorisation des facteurs contribuera à définir les objectifs spécifiques du programme régional.

4. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Cette étude concerne les diagnostics prévus par les étapes 3 et 4 du modèle théorique *Precede-Proceed*. Elle vise à acquérir une meilleure connaissance des comportements d'allaitement des mères montérégiennes et à mieux cerner les facteurs devant être modifiés pour qu'un processus de changement de comportement soit instauré et maintenu. Ces connaissances sont essentielles à la planification et à l'évaluation du programme. Les diagnostics environnementaux (étape 3) et organisationnel (étape 4) ne font pas partie de la démarche.

4.1 DIAGNOSTIC COMPORTEMENTAL - ÉTAPE 3 DU MODÈLE

- Mesurer la prévalence de l'allaitement maternel, soit l'initiation de l'allaitement total et exclusif et son maintien jusqu'à trois mois et six mois, en Montérégie ainsi que pour chacun des territoires de CLSC et des centres hospitaliers de la région.
- Décrire la distribution des catégories d'allaitement maternel (*breastfeeding patterns*) en Montérégie.
- Décrire les variations de l'initiation et du maintien de l'allaitement maternel en Montérégie selon certaines caractéristiques des répondantes.

4.2 DIAGNOSTIC ÉDUCATIF - ÉTAPE 4 DU MODÈLE

- Mesurer la distribution des facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement modifiables qui influencent les comportements d'allaitement en Montérégie.
- Identifier les facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement modifiables associés à l'initiation de l'allaitement total et exclusif et à son maintien jusqu'à trois mois et six mois en Montérégie.

5. MÉTHODOLOGIE

Pour réaliser les diagnostics prévus par les étapes 3 et 4 du modèle théorique, les différentes sections du rapport sont divisées en deux parties distinctes : 1) Prévalence de l'allaitement maternel - Étape 3 et 2) Facteurs associés à la prévalence de l'allaitement maternel – Étape 4.

5.1 DEVIS DE RECHERCHE

Le devis de recherche consiste en une enquête téléphonique auprès d'un échantillon représentatif de mères résidant dans la région de la Montérégie. La disponibilité d'une base de données des avis de naissance et certaines contraintes (financières, temporelles, etc.) ont motivé le choix de ce type de devis.

5.1.1 Prévalence de l'allaitement maternel – Étape 3

Il s'agit d'une étude transversale réalisée au moyen d'une enquête téléphonique auprès d'un échantillon représentatif de mères qui résident en Montérégie.

5.1.2 Facteurs associés à la prévalence de l'allaitement maternel – Étape 4

Il s'agit d'une étude transversale réalisée au moyen de la même enquête téléphonique. Toutefois, considérant des enjeux de faisabilité, cette partie de l'étude a utilisé un sous-échantillon de l'échantillon utilisé pour l'étape 3.

5.2 POPULATION À L'ÉTUDE

La population à l'étude est constituée de mères de tous âges, primipares ou multipares, ayant accouché entre le 1er et le 30 novembre 1999 et résidant en Montérégie au moment de l'accouchement. Les seuls critères d'exclusion sont :

- les mères d'enfants décédés;
- les mères ne parlant ni français, ni anglais, ni espagnol et n'ayant pas d'interprète disponible pour répondre aux questions.

5.3 TAILLE DE L'ÉCHANTILLON ET MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE

Les femmes ont été choisies au hasard à partir des avis de naissance de novembre 1999 (six mois précédant le mois du début de l'enquête, soit mai 2000). La taille de l'échantillon et la méthode d'échantillonnage diffèrent selon l'étape à l'étude (étape 3 ou étape 4).

5.3.1 Prévalence de l'allaitement maternel – Étape 3

Au départ, il a été décidé de sélectionner un échantillon représentatif, non seulement de la Montérégie mais aussi des 19 territoires de CLSC montérégiens ainsi que de l'hôpital Kateri Memorial[6]. Les raisons motivant ce choix sont : 1) les CLSC ne peuvent pas fournir de statistiques représentatives de leur territoire parce que seulement une partie des mères utilisent leurs services et 2) un échantillonnage par hôpital n'aurait pas été représentatif de la région parce qu'approximativement 20 % des femmes résidant en Montérégie accouchent dans divers hôpitaux hors région. Toutefois, comme les centres hospitaliers peuvent fournir des statistiques sur l'initiation de l'allaitement par les mères qui accouchent dans leur établissement et non sur le maintien, les données recueillies par l'enquête ont aussi été analysées par hôpital.

La taille de l'échantillon a été établie afin d'obtenir une prévalence de l'allaitement total pour la Montérégie avec une précision de ± 3 %. En tenant compte d'un taux de non-réponse estimé de 15 %, un échantillon de 733 mères a été retenu pour les fins de la présente étude. A partir de la taille calculée pour la Montérégie, le nombre de mères à échantillonner par territoire de CLSC a été déterminé afin que la précision de la prévalence de l'allaitement soit similaire dans chacun des territoires.

5.3.2 Facteurs associés à la prévalence de l'allaitement maternel – Étape 4

Tel que mentionné antérieurement, l'identification des facteurs associés à chacun des comportements d'allaitement a été réalisée à partir d'une taille d'échantillon plus réduite. Un sous-échantillon a été choisi au hasard parmi les mères échantillonnées pour l'étape 3. Le critère de 20 femmes par facteur à l'étude a été utilisé pour calculer la taille du sous-échantillon. En considérant que le modèle comporte 9 facteurs (mesurés à la fois pour l'initiation et le maintien de l'allaitement dans certains cas), un échantillon de 210 mères était visé pour tenir compte d'un taux de non-réponse estimé de 15 %.

5.4 DÉFINITION DES VARIABLES

Les prochaines sections (5.4.1 et 5.4.2) se réfèrent à la définition des variables comportementales et indépendantes.

5.4.1 Variables comportementales

Suivant le modèle utilisé, six variables ont été définies pour décrire les comportements reliés à l'initiation de l'allaitement total et exclusif et à son maintien jusqu'à trois mois et six mois. Considérant que l'on retrouve des inconstances dans les définitions reliées aux comportements d'allaitement dans la littérature, une attention particulière a été portée aux définitions utilisées dans la présente étude. Pour ce faire, les définitions ont été considérées soit pour décrire la présence ou l'absence de l'allaitement (comportement d'allaitement) ou, lorsque l'allaitement est présent, décrire son degré ou son intensité (catégories d'allaitement).

[6] L'Hôpital Kateri Memorial dessert la population du territoire Mohawk de Khanawake. Malgré que sa clientèle ne participe pas aux activités du programme, elle est incluse dans l'échantillonnage parce qu'il s'agit de naissances de la Montérégie.

5.4.1.1 Définitions du comportement d'allaitement

Par comportement d'allaitement, on se réfère aux différents modes d'alimentation du nourrisson :

- Allaitement total
- Non-allaitement ou alimentation avec des préparations lactées pour nourrissons

Les définitions retenues pour décrire le comportement d'allaitement sont adaptées de celles proposées par Cattaneo et autres[56,57] et l'OMS[58]. Les définitions sont présentées dans le tableau 1 (voir page 95).

5.4.1.2 Définitions des catégories d'allaitement

Par catégories d'allaitement, on se réfère aux différents degrés ou intensités d'allaitement. Au Québec, les catégories d'allaitement fréquemment reconnues sont l'allaitement exclusif et l'allaitement mixte. L'allaitement exclusif implique que le bébé ne reçoive que du lait maternel, sans aucun autre liquide ou solide tandis que l'allaitement mixte implique que le bébé reçoive du lait maternel, avec d'autres liquides ou solides.

Certaines autres classifications de catégories d'allaitement ont été proposées par le *Interagency Group for Action on Breastfeeding*[59-61] et par l'OMS[58,62]. En fait, les définitions souvent utilisées pour les études épidémiologiques[63-67] ou pour la surveillance de prévalences[56,57,68] sont une adaptation de celles de l'OMS[58] :

- Allaitement exclusif
- Allaitement prédominant
- Allaitement additionné de compléments

Les définitions retenues dans la présente étude pour décrire chaque catégorie d'allaitement sont adaptées de celles proposées par Cattaneo et autres[56,57] et l'OMS[58] et présentées dans le tableau 2 (voir page 95). Puisque ces trois catégories sont mutuellement exclusives, cette classification implique que l'allaitement total résulte de la somme de l'allaitement exclusif, de l'allaitement prédominant et de l'allaitement additionné de compléments[56]. Quant à l'allaitement mixte, il comprend l'allaitement prédominant et l'allaitement additionné de compléments. L'éclatement de la catégorie de l'allaitement mixte en deux est justifié par le fait que l'allaitement prédominant dans les premiers mois de vie n'aurait pas comme conséquence de remplacer le lait maternel tandis que l'allaitement additionné de compléments (surtout dans les cas de l'introduction de préparations lactées pour nourrissons) aurait un effet de remplacement du lait maternel, résultant en une diminution de sa production[69].

5.4.1.3 Définition des périodes d'allaitement

Les périodes étudiées sont définies en utilisant l'âge des nourrissons.

Concernant l'initiation de l'allaitement

- Naissance : les premières 24 heures suivant la naissance.

Concernant la durée de l'allaitement[d]

- Trois mois : 92 jours suivant la naissance.
- Six mois : 182 jours suivant la naissance.

5.4.1.4 Définition des variables comportementales

En tenant compte qu'il s'agit de données rétrospectives avec toutes les limites y étant associées, les indicateurs choisis pour définir les deux comportements d'intérêt, l'initiation et le maintien de l'allaitement total et exclusif, se différencient de façon subtile mais importante. Pour la prévalence de l'allaitement total, il s'agit de données actuelles (*current data*), c'est-à-dire du pourcentage des mères qui allaitent **À** la naissance (premières 24 heures de vie), **À** trois mois (92 jours) et **À** six mois (182 jours) parmi les 632 participantes.

Pour la prévalence[e] de l'allaitement exclusif, il s'agit d'un calcul utilisant des données à partir de la naissance (*since birth data*), c'est-à-dire le pourcentage des mères qui allaitent de façon exclusive **POUR** 24 heures, **POUR** trois mois (92 jours) ou **POUR** six mois (182 jours). Tel que déjà documenté, dans le cas de l'allaitement total, il existe peu de variation entre les données actuelles et celles à partir de la naissance parce qu'il est rare que les mères recommencent à allaiter après avoir complètement cessé. Pour l'allaitement exclusif, l'interprétation des données est plus compliquée puisque le passage de l'allaitement exclusif vers l'allaitement prédominant ou additionné de compléments, et vice-versa, est fréquent et, que la différence entre les données actuelles et les données à partir de la naissance peut atteindre 40 % à 2 mois et de 20 % à 40 % à 4 mois[69,70]. Aussi, la distribution des catégories d'allaitement (*breastfeeding patterns*) est effectuée en considérant le pourcentage des mères qui allaitent **depuis la naissance** de façon exclusive, prédominante et additionnée de compléments, pour chaque âge du nourrisson.

Pour déterminer l'initiation de l'allaitement maternel total et exclusif, il a été demandé à la mère si son enfant avait reçu dans les premières 24 heures suivant la naissance son propre lait maternel, une préparation lactée ou les deux. Pour établir le maintien de l'allaitement total et exclusif jusqu'à trois et six mois, il a été demandé à la mère pendant combien de temps son enfant avait reçu uniquement son propre lait ainsi que son propre lait accompagné d'autres liquides ou solides. De plus, des questions supplémentaires sur le moment de l'introduction de laits non humains (préparations lactées pour nourrissons et lait de vache), de l'eau, des boissons à base d'eau (eau stérile, eau sucrée et tisanes), du jus et des solides ont permis de valider les réponses données par les mères aux questions précédentes ainsi que de connaître la distribution des catégories d'allaitement.

---

[d] Ces périodes correspondent à celles visées par l'objectif général du programme. Toutefois, d'autres périodes d'intérêt sont aussi considérées pour certaines analyses : 1 semaine (7 jours), 2 mois (61 jours), 4 mois (121 jours) et 5 mois (152 jours).

[e] Pour l'allaitement exclusif, il ne s'agit pas vraiment d'une prévalence, mais pour simplifier le texte on se réfère à la prévalence, tant de l'allaitement total que de l'allaitement exclusif.

5.4.2 Variables indépendantes

Deux types de variables indépendantes ont été étudiés et sont présentés dans les sections suivantes.

VARIABLES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DIFFICILEMENT MODIFIABLES (voir sections 5.4.2.1 et 5.4.2.2):

- les caractéristiques sociodémographiques des mères répondantes (étapes 3 et 4);
- les caractéristiques des mères et des nourrissons (étapes 3 et 4);

VARIABLES PSYCHOSOCIALES MODIFIABLES (voir sections 5.4.2.3 et 5.4.2.4):

- les facteurs prédisposants et facilitants associés à l'initiation de l'allaitement (étape 4);
- les facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement associés au maintien de l'allaitement jusqu'à trois mois et six mois (étape 4).

5.4.2.1 Caractéristiques sociodémographiques

- Âge de la mère au moment de l'accouchement
- État civil
- Statut social
- Niveau de scolarité au moment de l'accouchement
- Niveau du revenu familial[f]
- Activité professionnelle avant l'accouchement
- Âge du bébé au moment du retour à l'activité professionnelle
- Langue la plus souvent parlée à la maison
- Pays d'origine

5.4.2.2 Caractéristiques des mères et des nourrissons

MÈRE :

- Région sociosanitaire du lieu de l'accouchement
- Type d'accouchement
- Durée de séjour à l'hôpital
- Moment de la prise de décision d'allaiter
- Tabagisme depuis l'accouchement

[f] Le revenu des ménages est basé sur deux éléments : le nombre de personnes composant le ménage et la catégorie de revenu du ménage dont les seuils ont été établis par Statistique Canada pour le *Recensement de 1996 selon la taille des ménages*. Ces seuils varient comme suit : le seuil supérieur pour la catégorie « très faible » se situe à <10 000 $ pour les ménages de quatre personnes et moins et à <15 000 $ pour les ménages de cinq personnes ou plus; le seuil supérieur pour la catégorie « faible » s'établit à <15 000 $ pour les ménages de une ou deux personnes, à <20 000 $ pour les ménages de trois ou quatre personnes et à <30 000 $ pour les ménages de cinq personnes ou plus; le seuil supérieur pour la catégorie « moyen inférieur » s'établit à <30 000 $ pour les ménages de une ou deux personnes, à <40 000 $ pour les ménages de trois ou quatre personnes et à <60 000 $ pour les ménages de cinq personnes ou plus; la catégorie « moyen supérieur et élevé » comprend des revenus supérieurs à 30 000 $ pour les ménages de une ou deux personnes, supérieurs à 40 000 $ pour les ménages de trois ou quatre personnes et supérieurs à 60 000 $ pour les ménages de cinq personnes ou plus.

NOURRISSON :

- Sexe
- Naissances multiples
- Poids à la naissance en grammes
- Durée de gestation en semaines complètes.

Certaines caractéristiques sociodémographiques (âge de la mère, état civil, statut social, niveau de scolarité, langue la plus souvent parlée à la maison, pays d'origine) et toutes les caractéristiques du nourrisson sont recueillies à partir des avis de naissance. Ces données sont disponibles tant pour les répondantes que les non-répondantes et elles ont été vérifiées ou complétées lors de l'entrevue téléphonique avec les répondantes. Cependant, pour les femmes non-répondantes résidant en Montérégie ayant accouché hors du territoire montérégien, seulement certains renseignements (l'âge de la mère, la parité, la durée de la gestation, le type de naissance ainsi que le sexe et le poids du bébé) sont disponibles.

5.4.2.3 Facteurs modifiables associés à l'initiation de l'allaitement

FACTEURS PRÉDISPOSANTS DE L'INITIATION DE L'ALLAITEMENT

Connaissances

a) Énoncés (justes et faux)

- Allaiter est bon pour la santé de la mère.
- L'allaitement protège l'enfant des infections et de certaines maladies.
- Un bébé peut grandir normalement jusqu'à six mois avec seulement le lait de sa mère.
- Les préparations lactées sont aussi bonnes que le lait maternel.
- Une mère produit du bon lait peu importe la qualité de son alimentation.
- Pour allaiter, il faut arrêter de fumer.

b) Indice synthétique

- Nombre de connaissances justes sur l'allaitement

Croyances

Par rapport à l'alimentation avec les préparations lactées pour nourrissons

a) Énoncés (favorables et défavorables)

- Allaiter coûte plus, autant ou moins cher.
- Allaiter exige plus, autant ou moins de disponibilité de la mère.
- Allaiter est plus, autant ou moins fatigant.
- Allaiter permet au père de s'occuper plus, autant ou moins de son enfant.
- Allaiter permet de reprendre sa taille plus, autant ou moins vite.
- Allaiter est plus, autant ou moins pratique.
- Allaiter facilite plus, autant ou moins le lien mère-enfant.

b) Index synthétique

- Nombre de croyances favorables à l'allaitement

Motivations

Motivation intrinsèque

- Le moment de la prise de décision d'allaiter
- Avoir eu l'occasion de voir ou d'observer une femme allaiter

Motivation extrinsèque

- Personnes ayant conseillé ou déconseillé l'allaitement avant l'accouchement

a) Énoncés

- Personnes provenant de l'entourage personnel (conjoint, mère, amis ou membres de la famille)
- Personnes provenant de l'entourage professionnel (médecin traitant, infirmière de l'hôpital, intervenante dans les rencontres prénatales)

b) Index synthétique

- Nombre de personnes ayant conseillé l'allaitement avant l'accouchement

FACTEURS FACILITANTS DE L'INITIATION DE L'ALLAITEMENT

Barrières à lever

- Retourner au travail
- Allaiter en public
- Participer à des activités sociales

Accessibilité

- Avoir accès à des salles d'allaitement dans les lieux publics
- Avoir accès à des cours prénataux

5.4.2.4 Facteurs modifiables associés à la durée de l'allaitement

FACTEURS PRÉDISPOSANTS DE LA DURÉE DE L'ALLAITEMENT

Connaissances

- Les énoncés et index synthétique retenus sont les mêmes que pour l'initiation de l'allaitement

Croyances

- Les énoncés et index synthétique retenus sont les mêmes que pour l'initiation de l'allaitement

Motivation intrinsèque

- Le moment de la prise de décision d'allaiter

- Avoir eu l'occasion de voir ou d'observer une femme allaiter
- La perception du degré de difficulté à allaiter durant la première semaine et pour le reste de la période de l'allaitement
- Absence ou présence de difficultés d'allaitement pendant la première semaine de l'enfant et pendant toute la période durant laquelle la mère a allaité :

a) Énoncés

- Douleurs aux mamelons
- Douleurs aux seins
- Pas assez de lait
- Bébé n'était pas satisfait
- Bébé refusait le sein
- Bébé avait de la difficulté à téter

b) Index synthétique

- Nombre de difficultés rencontrées pendant la première semaine d'allaitement

c) Index synthétique

- Nombre de difficultés rencontrées pendant toute la période durant laquelle la mère a allaité

FACTEURS FACILITANTS DE LA DURÉE DE L'ALLAITEMENT

Barrières à lever

- Les variables retenues sont les mêmes que pour l'initiation de l'allaitement.

Accessibilité

- Les variables retenues sont les mêmes que pour l'initiation de l'allaitement.

Habileté à surmonter les difficultés reliées à l'allaitement

- Avoir réussi à surmonter toutes les difficultés reliées à l'allaitement
- Personne ayant le plus aidé à surmonter les difficultés reliées à l'allaitement (démarche personnelle, entourage personnel et entourage professionnel)
- Facteurs de renforcement de la durée de l'allaitement
- Soutien de l'entourage pendant la période où la mère a allaité (avoir dit ou fait quelque chose pour aider la mère à continuer d'allaiter)

a) Énoncés

- Personnes provenant de l'entourage personnel (conjoint, mère)
- Personnes provenant de l'entourage professionnel (médecin de la mère ou du bébé, infirmière, intervenante d'un groupe d'entraide à l'allaitement)

b) Index synthétique

- Nombre de personnes ayant aidé à continuer d'allaiter

FACTEURS DE RENFORCEMENT DE LA DURÉE DE L'ALLAITEMENT

- Soutien de l'entourage pendant la période où la mère a allaité (avoir dit ou fait quelque chose pour aider la mère à continuer d'allaiter)

a) Énoncés

- Personnes provenant de l'entourage personnel (conjoint, mère)
- Personnes provenant de l'entourage professionnel (médecin de la mère ou du bébé, infirmière, intervenant d'un groupe d'entraide à l'allaitement)

b) Index synthétique

- Nombre de personnes ayant aidé à continuer d'allaiter

5.5 INSTRUMENTS DE MESURE

Un questionnaire téléphonique a permis de recueillir les données pour chacune des variables à l'étude. Deux versions du questionnaire ont été développées : une version abrégée pour mesurer la prévalence de l'allaitement dans l'échantillon total et une version étendue pour mesurer aussi les facteurs associés aux comportements à l'étude auprès du sous-échantillon. Une copie de la version étendue du questionnaire est incluse dans l'annexe 3[g].

Les questionnaires ont été élaborés en tenant compte des objectifs et des facteurs recensés dans la littérature disponible et énumérée précédemment. Les deux versions ont été développées en se basant en partie sur des questions utilisées par d'autres chercheurs[33,34,39,55]. Les questionnaires ont été conçus en français et traduits en anglais. Ils étaient administrés, si nécessaire, en espagnol (2 intervieweuses parlaient cette langue) ou, pour toute autre langue, un interprète était utilisé si disponible.

Plusieurs séries et types de prétests ont été effectués. Tout d'abord, certains experts en allaitement ont examiné le questionnaire du point de vue de la pertinence et de l'étendue des questions en rapport avec les objectifs de l'étude. Dans un deuxième temps, quinze prétests (dix pour la version française et cinq pour la version anglaise) ont été réalisés auprès de mères de la région qui ne faisaient pas partie de l'échantillonnage sélectionné pour l'enquête et dont les coordonnées ont été obtenues à l'aide des avis de naissance. Les questions ont pu être évaluées quant à la facilité de compréhension, à la pertinence des différentes catégories de réponses et au déroulement naturel de l'enquête. L'acceptation du sujet de l'enquête et de la durée des entrevues ont aussi été vérifiés. Plusieurs modifications ont été apportées au questionnaire afin d'améliorer sa précision et sa fluidité. De plus, cinq femmes ont été requestionnées afin de mesurer la stabilité des réponses dans le temps et la fiabilité du test-retest s'est avérée satisfaisante.

5.6 COLLECTE DE DONNÉES

L'enquête téléphonique a été réalisée entre mai et juin 2000. Le questionnaire a été administré par quatre intervieweuses familières avec le sujet et pourvues d'instructions détaillées sur la façon de poser les questions et de s'assurer de la précision des réponses.

---

[g] Le libellé des questions dans la version abrégée du questionnaire est identique à celui de la version étendue. La différence est que le questionnaire abrégé contient seulement les questions 1 à 23 et 44 à 57.

Toutes les mères contactées avaient un enfant d'au moins six mois. La procédure de rappel était précise : plusieurs tentatives (jusqu'à huit) étaient effectuées pour communiquer avec la mère et ce, à différents moments de la semaine et de la journée. Si un numéro de téléphone était non valide, des recherches étaient faites à l'aide d'annuaires téléphoniques et des données se trouvant sur les avis de naissance. Une fois le contact établi, la mère était rappelée à plusieurs reprises (jusqu'à cinq fois) pour tenter de reprendre un rendez-vous avec elle en vue de remplir le questionnaire.

5.7 ANALYSE DES DONNÉES

Toutes les analyses étaient menées avec le logiciel SPSS. Le seuil de signification utilisé pour les analyses effectuées était de 0,05.

5.7.1 Prévalence de l'allaitement maternel – Étape 3

Une analyse a été effectuée, au moyen de statistiques descriptives telles que la distribution des fréquences et les moyennes, pour décrire la population à l'étude et calculer la prévalence de l'allaitement maternel total et exclusif au cours des six premiers mois pour la Montérégie et les territoires de CLSC. Quant aux centres hospitaliers, même si l'échantillonnage n'a pas été fait par hôpital, la prévalence a aussi été calculée. Les questions sur l'introduction des aliments autres que le lait maternel ont été analysées et utilisées afin de valider les résultats sur la prévalence de l'allaitement exclusif et pour calculer la distribution des catégories d'allaitement. Les variations de l'initiation de l'allaitement total et exclusif et son maintien jusqu'à trois mois et six mois, selon certaines caractéristiques des participantes, ont par la suite été analysées à l'aide du test de khi deux.

5.7.2 Facteurs associés à la prévalence de l'allaitement maternel – Étape 4

Une analyse descriptive des caractéristiques sociodémographiques des mères et des nourrissons, pour le sous-échantillon des 175 participantes de cette étape de l'étude, a été effectuée. Ensuite, les énoncés correspondant à chacun des facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement et lorsque pertinent, un indice synthétique (indiquant le nombre d'énoncés en faveur de l'allaitement) ont été utilisés pour vérifier leur association avec les comportements et les catégories d'allaitement à l'étude.

Premièrement, la relation entre les facteurs (prédisposants et facilitants) et l'initiation de l'allaitement total chez les 175 participantes a été mesurée. Deuxièmement, les associations entre les facteurs (prédisposants, facilitants et de renforcement) et le maintien de l'allaitement total jusqu'à trois mois et jusqu'à six mois ont été vérifiées auprès des 135 répondantes qui ont initié l'allaitement, selon qu'elles allaitaient ou non à trois mois et à six mois. Finalement, la relation entre les facteurs et l'initiation de l'allaitement exclusif chez les 131 femmes qui ont initié l'allaitement dans les premières 24 heures[h] a été explorée. Puisque l'allaitement exclusif pour six mois était pratiquement inexistant, l'association des facteurs avec le maintien de l'allaitement exclusif a été vérifiée uniquement auprès des 80 répondantes qui allaitaient encore à trois mois, selon qu'elles allaitaient de façon exclusive depuis la naissance (N= 39) ou non (N= 41). Cette dernière analyse porte sur un petit

[h] Parmi les 175 participantes, 131 mères ont commencé à allaiter dans les premières 24 heures de vie du nourrisson et quatre mères ont débuté l'allaitement maternel 24 heures après la naissance du nourrisson. Le nombre total des mères ayant allaité dans le sous-échantillon est donc de 135.

nombre des femmes, ce qui pourrait affecter la validité des résultats; ils ne sont pas inclus dans les tableaux mais sont mentionnés dans le texte lorsque pertinent.

5.8 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le protocole de recherche ainsi que les formulaires de consentement et les questionnaires ont été approuvés par le comité de déontologie du Centre de recherche de l'Hôpital Charles-LeMoyne (annexe 4).

La prise de contact avec les mères échantillonnées s'est effectuée dans le respect des personnes, en visant à obtenir un consentement éclairé. Le formulaire de consentement était lu en début d'entrevue. Il incluait un message d'introduction comprenant des informations claires quant au but et à la pertinence de l'étude et quant au caractère anonyme et confidentiel de l'enregistrement des données. Il indiquait aussi qu'un refus de participer n'entraînait aucune conséquence pour la mère ni pour l'enfant. Le consentement de la mère était obtenu verbalement et enregistré sur le formulaire.

Aucune donnée nominative n'était inscrite sur les questionnaires. Toutes les précautions ont été prises afin de préserver la confidentialité des renseignements fournis par les répondantes.

6. RÉSULTATS

Cette section présente les résultats des deux diagnostics en lien avec le modèle théorique. Les résultats du diagnostic comportemental décrivant les comportements d'allaitement maternel définis (étape 3) sont présentés en premier lieu et les résultats du diagnostic éducatif portant sur les facteurs associés à l'allaitement (étape 4) se trouvent en deuxième partie. Les tableaux présentant les résultats sont à la section « Tableaux » du document à partir de la page 96.

6.1 Prévalence de l'allaitement maternel en Montérégie – Étape 3

6.1.1 Description de la population à l'étude

La population à l'étude compte 632 femmes résidant en Montérégie et ayant accouché en novembre 1999. Parmi les 733 femmes échantillonnées, 50 femmes ont refusé de participer, 50 femmes n'ont pu être rejointes et une femme a été exclue de l'analyse dû à un questionnaire incomplet. Le taux de non-réponse est de 13,6 %, soit inférieur au taux estimé de 15 %. Les tableaux 3 à 5 présentent les principales caractéristiques des 632 femmes répondantes et des 101 non-répondantes.

Parmi les mères, 17 % sont âgées de plus de 35 ans au moment de l'accouchement, 3 % ont moins de 20 ans (donnée non montrée) et 94 % vivent en situation de couple. La plupart des femmes ont complété des études secondaires et la moitié possèdent un diplôme collégial ou universitaire. Les trois quarts des participantes occupent un emploi avant l'accouchement et 14 % ont un niveau de revenu familial faible ou très faible.

Parmi les 632 répondantes, 82 % ont accouché dans un des neuf centres hospitaliers de la Montérégie qui pratiquent des accouchements tandis que les autres ont accouché dans huit centres hospitaliers de la région de Montréal-Centre et deux centres hospitaliers d'autres régions. Quatre-vingt pour cent des femmes ont accouché par voie vaginale et 45 % ont vécu un séjour hospitalier de 48 heures ou moins. En ce qui concerne les nourrissons, 5,7 % sont de petit poids et 7,1 % sont nés prématurément.

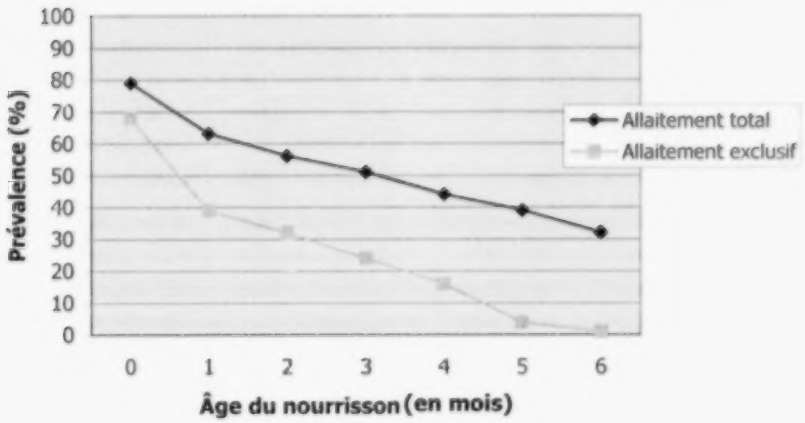
Quant aux non-répondantes, l'examen des données disponibles permet de conclure que les femmes ayant refusé de répondre ou celles qui n'ont pu être rejointes sont plus souvent francophones et font partie d'un groupe socio-économique plus défavorisé. Plus souvent que les mères répondantes, les non-répondantes ne sont pas mariées et n'ont pas complété d'études secondaires.

6.1.2 Prévalence de l'allaitement total et exclusif

6.1.2.1 Prévalence de l'allaitement total et exclusif au cours des six premiers mois en Montérégie

Pour mieux décrire l'état de la situation de l'allaitement total et exclusif en Montérégie au cours des six premiers mois de vie du nourrisson, le tableau 6 et la figure 2 présentent la prévalence correspondant aux comportements retenus dans le modèle théorique (à la naissance, à trois mois et à six mois) ainsi que celles correspondant à des périodes intermédiaires (à la sortie, à 1 semaine et à 1, 2, 4 et 5 mois).

FIGURE 2
Prévalence de l'allaitement total et exclusif au cours des six premiers mois de vie du nourrisson, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000



Parmi les 632 femmes questionnées, 497 mères (79 %) ont initié l'allaitement total dans les 24 premières heures suivant l'accouchement et 11 mères l'ont initié une fois les 24 heures écoulées, pour un total de 508 (80 %) femmes ayant initié l'allaitement. On note une diminution graduelle de la prévalence de l'allaitement total avec le temps; la moitié des mères (51 %) allaitent à trois mois et un tiers des mères (32 %) allaitent encore à six mois.

Quant à l'allaitement exclusif, 68 % des mères allaitent de façon exclusive pendant les premières 24 heures. À une semaine, moins de la moitié des participantes allaitent toujours exclusivement depuis la naissance et seulement trois mères nourrissent leur enfant exclusivement avec du lait maternel pour les six premiers mois.

Une analyse supplémentaire a permis de vérifier l'effet de la sous-représentation des femmes socio-économiquement plus défavorisées sur la prévalence de l'allaitement chez les répondantes. L'ampleur de ce biais a été mesurée avec la méthode de la population type avec laquelle on calcule des prévalences corrigées en attribuant aux non-répondantes la prévalence de l'allaitement des répondantes ayant les

mêmes caractéristiques. Les ajustements effectués sur la variable qui diffère le plus entre les répondantes et les non répondantes, soit le niveau de scolarité, ne modifient que légèrement la prévalence de l'allaitement total : elle passe de 79 % à 78 % à la naissance et de 51 % à 50 % à trois mois. La correction des prévalences obtenues n'a donc pas été jugée nécessaire.

Un portrait de l'évolution de l'allaitement maternel chez les 508 femmes qui ont initié l'allaitement est présenté au tableau 7 à l'aide d'un calendrier d'abandon de l'allaitement total et exclusif pour les six premiers mois de vie du nourrisson. On y note à la fois l'abandon observé à chaque âge ainsi qu'entre la naissance et un âge donné.

Le plus haut taux d'abandon de l'allaitement total se retrouve dans le premier mois de vie des nourrissons. On retrouve des taux d'abandon de 12 % dans la première semaine de vie et de 10 % entre la deuxième et quatrième semaine, donnant un taux d'abandon de 22 % au cours du premier mois de vie du nourrisson. Du deuxième au cinquième mois, le taux d'abandon demeure stable entre 6 et 8 % par mois pour ensuite augmenter à 10 % au cours du sixième mois. Quand on examine le taux d'abandon cumulé depuis la naissance, on constate que 61 % des 508 mères ayant initié l'allaitement l'ont abandonné au cours des six premiers mois.

Le rythme d'abandon de l'allaitement exclusif est différent. Parmi les 432 femmes qui ont initié l'allaitement exclusif, le taux d'abandon observé à chaque âge est beaucoup plus élevé que celui de l'allaitement total. Après le premier abandon de 43 % au cours du premier mois, le pourcentage d'abandon à chaque âge fluctue entre 10 % et 17 % entre le deuxième et le cinquième mois et diminue à 5 % au cours du sixième mois. De plus, parmi les 185 mères ayant abandonné l'allaitement exclusif aux cours du premier mois, la plupart d'entre elles (126 femmes) l'ont cessé au cours de la première semaine. À deux mois, plus de la moitié et à quatre mois, plus des trois quarts des femmes qui ont initié l'allaitement exclusif l'ont abandonné. À six mois, l'allaitement exclusif est pratiquement inexistant en Montérégie.

Pour compléter le portrait, le tableau 8 présente la distribution des catégories d'allaitement proposées par l'OMS (voir section 5.4.1.2). Par exemple, parmi les 396 mères qui allaitent toujours à un mois, 62 % de celles-ci allaitent exclusivement depuis la naissance. À trois mois, ce pourcentage diminue à 48 % et à 1,5 % à six mois. L'allaitement exclusif est brisé principalement par l'introduction de lait non humain ou de solides, avec ou sans liquides. En effet, la proportion de femmes qui allaitent de façon prédominante depuis la naissance est très basse dans toutes les périodes étudiées et reste relativement constante dans le temps (entre 0 % et 6 %) tandis que la proportion de mères qui pratiquent l'allaitement additionné de compléments de lait non humain ou de solides, augmente au fur et à mesure que la proportion d'allaitement exclusif diminue.

6.1.2.2 Durée prévue de l'allaitement total et exclusif chez les mères ayant initié l'allaitement

Le tableau 9 montre la durée prévue, avant l'accouchement, de l'allaitement total et exclusif chez les 508 mères ayant initié l'allaitement. Avant d'accoucher, les mères montérégiennes prévoient allaiter, de façon totale, en moyenne six mois. La durée prévue par le plus grand nombre de femmes (le mode) est aussi de six mois. Pour l'allaitement exclusif, la durée moyenne prévue avant l'accouchement est de quatre mois, suivant une distribution bimodale. En effet, la majorité des mères prévoit allaiter exclusivement soit trois ou quatre mois.

Le tableau 10 compare la durée prévue à la durée réelle de l'allaitement total et de l'allaitement exclusif. Parmi les 434 femmes ayant fourni une durée prévue précise de l'allaitement total, 36 % allaitent toujours à six mois et 21 % ont allaité à un mois près ou plus longtemps que la durée qu'elles prévoyaient. Par contre, 42 % des femmes ont allaité de façon totale moins longtemps que prévu et plusieurs mois de moins pour la majorité d'entre elles.

La situation est différente en ce qui concerne les 405 femmes ayant fourni une durée prévue précise de l'allaitement exclusif. Presque 30 % des mères ont allaité de façon exclusive à un mois près ou plus longtemps qu'elles le prévoyaient. Le reste des femmes ont allaité exclusivement moins longtemps qu'elles ne l'avaient prévu et encore une fois, la majorité d'entre elles ont allaité plusieurs mois de moins.

6.1.2.3 Calendrier d'introduction des solides et des liquides autres que le lait maternel au cours des six premiers mois

Même si l'objectif du diagnostic comportemental ne vise que l'allaitement maternel, les données obtenues par les questions servant à valider la prévalence de l'allaitement exclusif, donnent un portrait du calendrier d'introduction des solides et des liquides autres que le lait maternel chez les 508 mères ayant initié l'allaitement. Le rythme auquel ces aliments sont introduits est présenté au tableau 11.

Les liquides autres que le lait maternel reçus par les nourrissons des mères ayant initié l'allaitement comprennent l'eau et les boissons à base d'eau (eau stérile, eau sucrée et tisanes), les jus de fruits et les laits non humains (préparations lactées pour nourrissons et lait de vache). Au cours du premier mois, 16 % des bébés ont déjà reçu de l'eau et 80 % en ont reçu au cours des six premiers mois. Quant à l'introduction des jus, la moitié des bébés en reçoivent au cours des six premiers mois de vie. Cependant, ce sont les laits non humains qui sont les plus souvent introduits précocement dans l'alimentation du nourrisson des mères ayant initié l'allaitement : presque 40 % des nourrissons en reçoivent au cours de la première semaine de vie et la moitié des bébés, au cours du premier mois. Par la suite, le rythme d'introduction des laits non humains demeure assez stable (environ 10 % par mois). Ainsi, 68 % des nourrissons ayant été allaité à la naissance ont déjà reçu des laits non humains à trois mois et seulement 10 % n'en ont pas reçu à six mois. Quant aux solides, la grande majorité des bébés ayant initié l'allaitement en reçoivent au cours des six premiers mois de vie. Par exemple, 70 % des nourrissons reçoivent déjà des solides à quatre mois et 96 % en ont reçu à 6 mois.

6.1.2.4 Prévalence de l'allaitement total et exclusif à la naissance, à trois mois et à six mois selon le centre hospitalier où les mères ont accouché

La prévalence de l'allaitement total et exclusif chez les femmes montérégiennes ayant accouché dans les centres hospitaliers de la région est en général semblable à la prévalence de celles ayant accouché hors Montérégie. La seule différence notée est dans le pourcentage des mères qui allaitent exclusivement pour les 24 premières heures qui est plus élevé dans les centres hospitaliers de la Montérégie (70 % contre 60 %).

En ce qui concerne spécifiquement les centres hospitaliers montérégiens, la prévalence de l'allaitement total varie entre 63 % et 89 % à la naissance, entre 34 % et 61 % à trois mois et entre 22 % et 39 % à six mois. Le pourcentage des mères qui allaitent de façon exclusive pour 24 heures, trois mois et six mois varie entre 51 % et 86 %, 13 % et 36 %, et 0 % à 3 %, respectivement.

6.1.2.5 Prévalence de l'allaitement total et exclusif à la naissance, à trois mois et à six mois selon le territoire de CLSC où les mères résident

Pour les 19 territoires des CLSC montérégiens ainsi que pour l'hôpital Kateri Memorial, la prévalence de l'allaitement total varie entre 50 % et 100 % à la naissance, entre 0 % et 72 % à trois mois et entre 0 % et 46 % à six mois. Le pourcentage des mères qui allaitent de façon exclusive pour 24 heures, trois mois et six mois varie entre 50 % et 100 %, 0 % et 40 %, et 0 % à 3 %, respectivement.

6.1.3 Variation de la prévalence de l'allaitement total et exclusif

6.1.3.1 Variation selon les caractéristiques sociodémographiques

Le tableau 14 présente la variation dans la prévalence de l'allaitement maternel total et exclusif selon certaines caractéristiques sociodémographiques des mères et de leur famille.

En ce qui concerne l'allaitement total, plusieurs caractéristiques sociodémographiques de la mère et de sa famille sont associées de façon significative à sa prévalence à la naissance, à trois mois et à six mois. À titre d'exemple, les mères vivant en couple initient plus souvent l'allaitement total que celles ne vivant pas en couple tandis que les mères mariées allaitent plus à trois mois et à six mois que les mères célibataires, séparées, divorcées ou veuves.

Le niveau de scolarité montre une forte association avec l'allaitement total : plus le niveau de scolarité est élevé, plus la prévalence de l'allaitement total est forte. En effet, la prévalence de l'allaitement total à trois mois et à six mois est au moins deux fois plus élevée chez les mères ayant obtenu un diplôme d'études collégiales ou universitaires que chez celles n'ayant pas complété d'études secondaires.

Les femmes au revenu familial « très faible » initient notablement moins l'allaitement total que les autres et l'abandonnent également plus tôt, mais c'est le groupe de mères au revenu familial « faible » qui montre un comportement particulier. En effet, la prévalence de l'allaitement total à la naissance est plus élevée que celle du groupe de femmes plus favorisées tandis que la prévalence à trois mois se rapproche de celle des femmes très défavorisées. Toutefois, peu de mères appartiennent aux catégories de revenu « très faible » et « faible », ce qui limite l'analyse. Par ailleurs, la validité de cette variable est aussi compromise par le nombre élevé de mères ayant refusé de répondre ou indiquant « Ne sais pas » à la question sur le revenu familial (14 %); cependant, la prévalence de l'allaitement chez les femmes n'ayant pas répondu est similaire à celle des groupes à revenu « moyen supérieur et élevé ».

Deux variables liées à l'activité professionnelle affichent des associations avec l'initiation et la durée de l'allaitement total. Les femmes ayant une activité professionnelle avant l'accouchement allaitent de façon totale plus souvent à la naissance et à trois mois que les mères n'en ayant pas. Les mères qui reprennent le travail tôt après la naissance, initient moins souvent l'allaitement et elles allaitent moins longtemps. En fait, le contraste entre les femmes qui planifient un arrêt de moins de trois mois contre celles qui planifient un congé d'un an ou plus est frappant. En effet, seulement 28 % et 12 % des femmes avec un retrait du travail de moins de trois mois, allaitent à trois mois et à six mois tandis que 66 % et 54 % des femmes qui prévoient un arrêt d'un an et plus, allaitent encore à trois mois et à six mois respectivement.

Finalement, l'échantillon est constitué d'un faible pourcentage de femmes nées dans un autre pays que le Canada (7 %) et parlant une autre langue que le français à la maison (9 % parlent l'anglais et 3 % parlent une autre langue), ce qui limite l'analyse. Toutefois, les mères non francophones et celles nées à

l'extérieur du Canada ont tendance à plus souvent allaiter à la naissance, à trois mois et à six mois que les mères francophones et celles nées au Canada.

Quant à l'allaitement exclusif et ce, pour toutes les caractéristiques considérées, on observe les mêmes tendances que pour l'allaitement total dans les variations de la prévalence, mais en général, elles sont moins importantes et moins significatives. La seule association significative entre une variable sociodémographique et l'initiation de l'allaitement exclusif est le niveau de scolarité au moment de l'accouchement, où les mères plus scolarisées sont plus portées à initier l'allaitement exclusif que celles l'étant moins. Quant au maintien de l'allaitement exclusif jusqu'à trois mois, ce sont les mères plus âgées, les plus scolarisées et celles qui planifient une durée du retrait du marché du travail plus longue qui allaitent plus souvent de cette façon. En effet, l'allaitement exclusif pendant trois mois est inexistant chez les femmes qui prévoient retourner travailler au cours des trois premiers mois suivant la naissance et il augmente graduellement pour atteindre un maximum de 37 % chez les femmes prévoyant un congé d'un an ou plus.

6.1.3.2 Variation selon les caractéristiques des mères et des nourrissons

Les tableaux 15 et 16 présentent les variations de la prévalence de l'allaitement total et exclusif selon certaines caractéristiques des mères et des nourrissons.

Il est intéressant de noter que ni le type d'accouchement, ni la durée de séjour à l'hôpital ne montrent de variations significatives dans la prévalence de l'allaitement total à toutes les périodes mesurées. Quant à la parité, la seule association significative se retrouve dans les 24 premières heures où les femmes primipares sont plus portées à initier l'allaitement total que les multipares.

Le moment où la décision d'allaiter est prise a une influence significative forte et durable sur la prévalence de l'allaitement total : plus la décision est prise tôt, plus l'allaitement est fréquent et plus sa durée est longue. Quant au tabagisme en période post-partum, défini comme le fait de fumer au moins une cigarette par jour depuis l'accouchement, on voit une association marquée avec la prévalence de l'allaitement total. En effet, la différence de la prévalence d'allaitement total entre fumeuses et non-fumeuses est fortement significative et ce, à toutes les périodes. À six mois, 39 % des non-fumeuses allaitent toujours alors que c'est le cas de seulement 9 % des fumeuses.

Deux caractéristiques relatives aux bébés sont associées à la prévalence de l'allaitement total. Les bébés prématurés et les bébés de petits poids ont tendance à moins recevoir de lait maternel que les bébés dont la durée de la gestation et le poids sont normaux et cela, en tout temps. Les différences deviennent significatives pour la prévalence de l'allaitement total à trois mois. Aussi, on observe une tendance intéressante qui n'arrive pas au seuil de signification établi : la prévalence de l'allaitement total à la naissance est plus élevée chez les jumeaux que chez les naissances uniques mais cette relation s'inverse à trois mois et à six mois. Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec prudence compte tenu du petit nombre de jumeaux dans l'échantillon.

Quant à l'allaitement exclusif, on retrouve passablement les mêmes variations selon les caractéristiques des mères et des nourrissons que pour l'allaitement total. Toutefois, certaines variations sont propres à cette catégorie d'allaitement. Par exemple, les mères ayant accouché dans les centres hospitaliers montérégiens sont significativement plus nombreuses à initier l'allaitement exclusif que celles ayant

accouché hors Montérégie. Aussi, les bébés plus petits et prématurés sont moins nombreux à être allaités exclusivement, non seulement pour les trois premiers mois (comme pour l'allaitement total), mais aussi pour les 24 premières heures.

6.2 FACTEURS ASSOCIÉS À L'ALLAITEMENT MATERNEL – ÉTAPE 4

6.2.1 Description de la population à l'étude

Comme il a déjà été mentionné, des contraintes de faisabilité ont fait en sorte qu'une taille d'échantillon plus réduite a été utilisée pour mesurer la distribution des facteurs modifiables identifiés dans la littérature et leur association à chacun des comportements étudiés. Dans l'étape 4, un sous-échantillon de 214 mères[1] a été choisi au hasard parmi les 733 mères sélectionnées pour la première partie de l'étude concernant la prévalence de l'allaitement (étape 3).

Parmi les 214 femmes échantillonnées, 27 femmes ont refusé de participer et 12 femmes n'ont pu être rejointes; la population de l'étape 4 est donc constituée d'un sous échantillon de 175 femmes résidant en Montérégie et ayant accouché au mois de novembre 1999. Le taux de non-réponse étant de 18,2 %, il est supérieur au taux estimé de 15 %. Les tableaux 17 à 19 présentent les principales caractéristiques des 175 répondantes et de leurs nourrissons.

6.2.2 Prévalence de l'allaitement maternel

Seize pourcent des mères sont âgées de plus de 35 ans au moment de l'accouchement (âge moyen de 29 ans) et 93 % vivent en situation de couple. La plupart des femmes ont complété des études secondaires et presque la moitié possède un diplôme collégial ou universitaire. Les trois quarts des participantes avaient une activité professionnelle avant l'accouchement et 13 % ont un niveau de revenu faible ou très faible. La plupart des femmes ont accouché par voie vaginale et la moitié ont reçu leur congé de l'hôpital à 48 heures et moins. Le tabagisme est présent chez un nombre important de femmes : 26 % ont fumé au moins une cigarette par jour pendant la grossesse et 22 % fument au moins une cigarette par jour depuis leur accouchement. En ce qui concerne les nourrissons, l'échantillon comprend 5,1 % de bébés de petit poids et 8 % de bébés prématurés.

La prévalence de l'allaitement total chez les 175 mères sous-échantillonnées pour l'étape 4 est de 75 %, 46 % et 30 % à la naissance, à trois mois et à six mois respectivement. Quant à l'allaitement exclusif, 64 %, 22 % et 0 % des mères allaitent de façon exclusive pour 24 heures, trois mois et six mois, respectivement. Considérant que le sous-échantillon utilisé à l'étape 4 est considérablement plus petit que celui de l'étape 3 (175 au lieu de 632), la prévalence de l'allaitement maternel rapportée dans la section 6.1.2.1 est plus représentative de l'état de l'allaitement en Montérégie que celle de cette section. La prévalence pour le sous-échantillon est présentée à titre d'intérêt ainsi que pour guider l'interprétation des données suivantes.

[1] Selon le calcul fait, le sous-échantillon visé était de 210. Une fois la liste de mères à échantillonner composée, un sous-échantillon de 214 a été retenu

6.2.3 Services reçus en pré et postnatal

Quelques informations supplémentaires concernant les services reçus par les mères ont été demandées afin de mieux décrire le portrait des répondantes.

Quant aux informations reçues avant l'accouchement, 81 % des mères ont été renseignées sur les avantages et inconvénients perçus de l'allaitement et 68 % ont reçu de tels renseignements sur les préparations lactées. De plus, 77 % ont reçu des informations sur la façon d'allaiter, 54 % sur la durée idéale de l'allaitement total, 61 % sur la durée idéale de l'allaitement exclusif et 85 % sur le moment idéal pour introduire des solides ou des liquides.

Au sujet des services offerts, 38 % des répondantes ont suivi des cours prénataux pendant la grossesse. Parmi celles-ci, 97 % ont entendu parler de l'allaitement et 88 % de l'alimentation au biberon. Aussi, la plupart (93%) des mères ont été contactées (appel téléphonique ou visite) par une infirmière du CLSC lors de leur retour à la maison après l'accouchement. Finalement, 30 % des mères disent avoir contacté un groupe d'entraide à l'allaitement et 33 % disent avoir utilisé une salle d'allaitement depuis la naissance de leur enfant.

6.2.4 Facteurs modifiables associés à l'initiation de l'allaitement maternel

Cette section présente les résultats de l'analyse décrivant les associations entre les facteurs prédisposants et facilitants (mesurés à 6 mois post-partum) et l'initiation de l'allaitement total et exclusif chez les 175 mères ayant participé à cette partie de l'étude. Pour ce faire, l'analyse tient compte des énoncés correspondant à chacun des facteurs et, lorsque pertinent, de l'indice synthétique (indiquant le nombre d'énoncés en faveur de l'allaitement). Selon le modèle retenu, les facteurs de renforcement ne sont pas considérés dans l'initiation de l'allaitement, mais ils jouent un rôle sur sa durée.

6.2.4.1 Facteurs prédisposants et initiation de l'allaitement maternel

En suivant le modèle théorique, les facteurs qui prédisposent l'initiation de l'allaitement maternel total et exclusif comprennent les connaissances, les croyances et les motivations.

Connaissances

Six énoncés portent sur les connaissances des mères face à l'allaitement maternel. Les réponses à ces énoncés ont été regroupées en deux catégories : la catégorie « Oui » identifiant la proportion de répondantes très ou plutôt en accord avec l'énoncé juste ou très ou plutôt en désaccord avec l'énoncé erroné et la catégorie « Non » identifiant la proportion de répondantes ni en accord ni en désaccord, très ou plutôt en désaccord avec l'énoncé juste ou très ou plutôt en accord avec l'énoncé erroné. Le tableau 21 montre les énoncés sur les connaissances selon le comportement et la catégorie d'allaitement.

La majorité des répondantes savent qu'allaiter est bon pour la santé de la mère, que l'allaitement maternel protège l'enfant contre les infections et certaines maladies, et qu'un bébé peut grandir normalement jusqu'à six mois avec seulement le lait de sa mère. Dans deux de ces trois énoncés, les mères ayant initié l'allaitement ont un niveau de connaissance significativement plus élevé que les mères qui ne le font pas.

L'énoncé qui porte sur l'équivalence entre le lait maternel et les préparations lactées présente une réponse contrastée selon que la mère allaite ou non à la naissance. Environ les trois quarts des mères qui ont initié l'allaitement savent que les préparations lactées ne sont pas aussi bonnes que le lait maternel, alors qu'une proportion à peu près équivalente de mères qui ont choisi les préparations lactées, disent le contraire. Très peu de répondantes savent qu'une mère produit du bon lait peu importe la qualité de son alimentation, ou que pour allaiter, il ne faut pas nécessairement arrêter de fumer. Ces connaissances sont très peu présentes chez les mères qui n'allaitent pas leur bébé à la naissance et même peu répandues chez les mères qui initient l'allaitement.

Les connaissances ne varient pas de façon significative selon la catégorie d'allaitement à la naissance. Toutefois, dans la plupart des cas les mères qui pratiquent l'allaitement exclusif à la naissance sont plus souvent d'accord avec les énoncés justes que celles qui le pratiquent de façon prédominante ou additionnée de compléments. La tendance (non significative) la plus prononcée se trouve à l'énoncé affirmant que les préparations lactées sont aussi bonnes que le lait maternel où 75 % des mères qui allaitent exclusivement à la naissance savent que cela n'est pas juste tandis que seulement 53 % des mères qui initient l'allaitement prédominant ou additionné de compléments dès la naissance, savent la même chose.

Quant à l'indice synthétique mesurant le nombre de connaissances justes sur l'allaitement parmi les six énoncés identifiés, les mères qui allaitent de façon totale à la naissance ont significativement plus de connaissances justes sur l'allaitement que les mères qui n'initient pas l'allaitement. On notera également que les mères qui initient l'allaitement exclusif ont tendance à avoir davantage de connaissances justes que celles qui initie l'allaitement prédominant ou additionné de compléments dès la naissance, bien que la différence ne soit pas significative.

Croyances

Le tableau 22 présente les sept énoncés mesurant les croyances sur l'allaitement maternel ainsi que l'indice synthétique indiquant le nombre de croyances favorables à l'allaitement selon le comportement et la catégorie d'allaitement.

Les croyances sur le coût moindre de l'allaitement et sur la disponibilité plus grande que ce dernier exige de la part de la mère sont communes à la grande majorité des mères et cela, quel que soit le comportement d'allaitement à la naissance du nourrisson.

Les autres croyances proposées aux mères sont loin d'être unanimement partagées. Par exemple, les mères donnant des préparations lactées dès la naissance croient plus souvent que l'allaitement permet moins au père de s'occuper de son enfant. Pour ce qui est de reprendre sa taille après l'accouchement, les mères qui initient l'allaitement croient qu'on reprend sa taille plus vite si on allaite, alors que les mères qui ne le font pas ont un avis plus partagé à ce sujet. Les croyances que l'allaitement est plus pratique et facilite le lien mère-enfant reçoivent l'accord de la majorité des mères qui l'initient. Par contre, les mères qui n'allaitent pas croient plus souvent qu'allaiter est moins pratique que de donner des préparations lactées et que les deux modes d'alimentation favorisent de façon égale le lien mère-enfant. De plus, comparativement aux mères ayant initié l'allaitement, il y a une tendance chez les mères ne l'ayant pas initié à croire davantage au caractère fatigant de l'allaitement par rapport à l'alimentation avec des préparations lactées.

Quant à l'allaitement exclusif, la seule différence significative se retrouve au niveau du coût relié aux différents modes d'alimentation : les mères qui initient l'allaitement exclusif rapportent que l'allaitement est plus économique que l'alimentation avec des préparations lactées.

Finalement, l'indice synthétique mesurant le nombre de croyances favorables à l'allaitement parmi les six énoncés identifiés est significativement associé au comportement d'allaitement mais non à la catégorie. En effet, les mères initiant l'allaitement total ont une somme de croyances favorables à l'allaitement significativement plus élevée que les mères ne l'ayant pas initié.

Motivations

Le tableau 23 présente les motivations intrinsèque et extrinsèque face à l'initiation de l'allaitement selon le comportement et la catégorie d'allaitement.

Le moment de la prise de décision d'allaiter, indicateur de motivation intrinsèque envers l'allaitement, n'est pas associé de façon significative à l'initiation de l'allaitement total, même si on peut noter que les mères qui ont initié l'allaitement total et exclusif ont tendance à avoir décidé d'allaiter plus précocement que celles qui donnent des préparations lactées ou qui pratiquent l'allaitement prédominant ou additionné de compléments depuis la naissance[j]. Avoir eu l'occasion de voir ou d'observer une femme allaiter avant l'accouchement est négativement associé avec l'initiation de l'allaitement total : les femmes nourrissant leur bébé à l'aide de préparations lactées dès la naissance sont plus nombreuses à avoir déjà vu ou observé une femme allaiter.

Les différentes sources d'influence dans l'entourage des mères sont ici considérées comme un indicateur de la motivation extrinsèque de l'initiation de l'allaitement. Toutes les personnes mentionnées dans le tableau 23 semblent jouer un rôle dans l'initiation de l'allaitement total. En effet, les mères qui ont initié l'allaitement ont reçu significativement plus de conseils en ce sens de la part de leur entourage personnel que les mères qui donnent des préparations lactées. Ces dernières rapportent plus souvent que l'entourage personnel ne s'est pas prononcé ou leur a déconseillé d'allaiter. Les conseils donnés avant l'accouchement par l'entourage professionnel, composé du médecin traitant, des infirmières de l'hôpital et lorsque pertinent, d'une intervenante dans les rencontres prénatales, sont associées aussi de façon significative à l'initiation de l'allaitement total.

Étant donné la force des liens constatés dans l'analyse, énoncé par énoncé, il n'est pas surprenant de voir que l'indice synthétique des influences, soit le nombre de personnes ayant conseillé l'allaitement avant l'accouchement dans l'entourage de la mère, soit significativement associé à l'initiation de l'allaitement total. Les répondantes ayant décidé d'initier l'allaitement ont reçu des conseils d'un plus grand nombre de personnes de leur entourage que celles qui ont décidé de nourrir leur nourrisson avec des préparations lactées. Enfin, il n'y a pas d'association significative entre les énoncés sur la motivation extrinsèque ou l'indice synthétique des influences et l'initiation de l'allaitement exclusif.

[j] Le moment de la prise de décision d'allaiter est significativement relié à l'initiation de l'allaitement dans l'échantillon des 632 répondantes de l'étape 3 : les mères initiaient davantage l'allaitement total et exclusif si elles avaient pris la décision d'allaiter avant la grossesse (voir tableau 15).

6.2.4.2 Facteurs facilitants et initiation de l'allaitement maternel

Le tableau 24 montre les facteurs facilitants selon le comportement et la catégorie d'allaitement. Trois énoncés sont reliés aux barrières à lever pour allaiter et deux autres à l'accessibilité aux lieux ou aux services favorisant l'allaitement.

Pour ce qui est des barrières à lever pour allaiter, la majorité des mères (ayant initié l'allaitement ou non) pensent qu'allaiter en public rend l'allaitement très ou assez difficile. Quant au retour au travail, c'est presqu'unanime : plus de 80 % des mères, qui allaitent ou non, croient que retourner au travail rend l'allaitement très ou assez difficile. La seule barrière qui différencie les mères qui initient l'allaitement de celles qui ne l'initient pas, est la perception que participer à des activités sociales rend l'allaitement très ou assez difficile, plus marquée chez celles qui nourrissent leur bébé avec des préparations lactées. Il n'existe aucune différence dans les réponses au sujet de ces barrières selon la catégorie d'allaitement. Puisque les facteurs facilitants sont en général moins bien étudiés que les facteurs prédisposants, les 34 réponses données par les mères sur d'autres facteurs (à part ceux proposés par le questionnaire) qui rendraient l'allaitement facile ou difficile ont été analysés. Ceux-ci ont été regroupés dans les catégories suivantes : 9 facteurs reliés à l'allaitement en public (« endroit calme et isolé », « attitude des gens face à l'allaitement »), 8 facteurs reliés à la commodité (« s'organiser à l'avance », « s'occuper des autres enfants »), 6 facteurs reliés à l'état de santé de la mère (« stress », « maladie chez la mère »), 5 facteurs reliés au retour au travail (« exprimer le lait au travail », « congé de maternité plus long »), 3 facteurs reliés au soutien (« avoir de l'aide à la maison », « soutien du conjoint »), 2 mentions sur les « techniques d'allaitement » ainsi qu'une mention de « sensibilisation à la difficulté d'allaiter ».

Les opinions des mères convergent également sur la facilité d'accès aux cours prénataux et sur la difficulté d'accès aux salles d'allaitement. Pour ces derniers facteurs, il n'existe aucune différence dans les réponses aux énoncés selon que les mères allaitent ou non à la naissance, ni selon la catégorie d'allaitement qu'elles pratiquent à ce moment-là.

6.2.5 Facteurs modifiables associés à la durée de l'allaitement maternel à trois mois et à six mois

Cette section présente les résultats de l'analyse décrivant les associations entre les facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement (mesurés à 6 mois post-partum) et l'allaitement total à 3 mois et à 6 mois chez les 135 mères ayant initié l'allaitement maternel. Quant à l'allaitement exclusif, comme son maintien pour 6 mois est pratiquement inexistant, les associations avec ces facteurs ont été explorées seulement pour la durée de 3 mois. Toutefois, puisque seulement 80 des 135 mères allaitent exclusivement pour 3 mois, l'analyse réalisée présente certaines limites à cause du petit nombre de femmes considérées. Pour alléger les tableaux, ces analyses ne sont pas présentées. D'ailleurs, il existe seulement une association significative entre un facteur prédisposant (motivation) et le fait d'allaiter de façon exclusive pour 3 mois, qui est mentionné dans la section correspondante.

6.2.5.1 Facteurs prédisposants et durée de l'allaitement à trois mois et à six mois

Connaissances

Le tableau 25 présente les connaissances prédisposant au maintien de l'allaitement selon le comportement d'allaitement à 3 mois et à 6 mois chez les 135 mères ayant initié l'allaitement.

Deux énoncés sur les connaissances démontrent des différences significatives entre les mères qui allaitent toujours à trois mois et celles ayant cessé d'allaiter à ce moment-là. L'énoncé sur l'équivalence entre le lait maternel et les préparations lactées démontre que les mères qui allaitent à trois mois sont significativement plus nombreuses à être en désaccord avec l'énoncé que les mères qui n'allaitent plus (80 % contre 58 %). Elles sont aussi plus nombreuses à être d'accord avec l'énoncé qui dit qu'une mère produit du bon lait peu importe la qualité de son alimentation (31 % versus 16 %). Les résultats à six mois diffèrent peu de ceux à trois mois sauf que les différences significatives s'atténuent légèrement. Finalement, les mères qui allaitent encore à trois mois et à six mois ont plus de connaissances justes sur l'allaitement que celles qui ont cessé d'allaiter.

Croyances

Le tableau 26 présente les croyances prédisposant au maintien de l'allaitement selon le comportement d'allaitement à trois mois et à six mois chez les 135 mères ayant initié l'allaitement.

En général, les associations entre les croyances et le maintien de l'allaitement à trois mois et à six mois sont semblables à celles observées pour l'initiation, sauf dans le cas de la croyance sur le caractère fatigant de l'allaitement maternel par rapport à l'alimentation avec des préparations lactées. En effet, un plus grand nombre de femmes qui allaitent toujours à trois mois et à six mois croient que l'allaitement est moins fatigant, tandis qu'un plus grand nombre de celles qui n'allaitent plus à ces périodes trouvent que l'allaitement est autant ou plus fatigant que l'alimentation avec les préparations lactées. Le nombre de croyances favorables à l'allaitement est fortement lié au comportement d'allaitement à trois mois et à six mois : 65 % des mères qui allaitent encore à trois mois et 75 % des mères qui allaitent à six mois mentionnent au moins quatre croyances favorables à l'allaitement alors que ce n'est le cas que de 31 % et 36 % des mères qui n'allaitent plus à ces périodes données.

Motivations

Le tableau 27 présente les motivations prédisposant au maintien de l'allaitement selon le comportement d'allaitement à trois mois et à six mois chez les 135 mères ayant initié l'allaitement.

Le moment de la prise de décision d'allaiter, indicateur de la motivation intrinsèque envers l'allaitement, est fortement lié au maintien de l'allaitement à trois mois et à six mois. Les mères qui allaitent toujours à trois mois et à six mois sont plus susceptibles d'avoir décidé d'allaiter avant leur grossesse que celles qui n'allaitent plus à ces mêmes périodes. Toutefois, le fait d'avoir vu ou observé une femme allaiter avant l'accouchement n'est pas associé au maintien de l'allaitement.

Certains autres indicateurs de motivation intrinsèque envers la durée de l'allaitement font référence au degré de difficulté lié à l'allaitement durant la première semaine et pour la période subséquente, ainsi qu'à la présence ou l'absence de six difficultés d'allaitement préétablies (douleurs aux mamelons et aux seins, pas assez de lait, bébé insatisfait, bébé qui refusait le sein, bébé qui avait de la difficulté à téter).

La perception du degré de difficulté ressenti dans l'expérience de l'allaitement au cours de la première semaine et pendant la période subséquente est associée à la durée de l'allaitement. Par exemple, alors que 61 % des mères qui allaitent toujours à trois mois et 65 % des mères qui allaitent toujours à six mois ont

trouvé que la première semaine d'allaitement était très ou assez facile, à peu près la même proportion des mères donnant des préparations lactées à trois mois et à six mois, ont trouvé cette première semaine difficile. Il est intéressant de noter que le degré de difficulté ressenti pendant cette première semaine différencie aussi les mères qui allaitent exclusivement pour trois mois de celles qui l'abandonnent avant ce moment-là. Parmi les mères qui allaitent de façon exclusive pour trois mois, 77 % ont trouvé qu'allaiter pendant la première semaine était facile tandis que 18 % ont trouvé cela difficile. Par contre, 47 % des mères qui ont cessé d'allaiter exclusivement avant trois mois ont trouvé cette première semaine facile, contre 51 % qui l'ont trouvé difficile (données non montrées).

Quant au degré de difficulté vécu au-delà de la première semaine, il est fortement relié au maintien de l'allaitement à trois mois et à six mois : 82 % des mères qui allaitent à trois mois et 92 % de celles allaitant toujours à six mois, ont trouvé très ou assez facile d'allaiter au-delà de la première semaine et pour le reste de la période d'allaitement. Par contre, 66 % et 42 % des mères qui n'allaitent plus à trois mois et à six mois respectivement ont trouvé l'allaitement très ou assez difficile au cours de cette même période.

Parmi les six difficultés proposées aux mères, celles rencontrées plus fréquemment pendant la première semaine d'allaitement, tant par les femmes qui continuent que par celles qui cessent d'allaiter, sont les douleurs aux mamelons et aux seins. De plus, la perception d'avoir un bébé insatisfait pendant la première semaine d'allaitement est beaucoup plus fréquente parmi les mères ayant cessé d'allaiter à trois mois et à six mois. Par contre, la perception de ne pas avoir assez de lait est rencontrée moins souvent et différencie seulement les mères qui allaitent encore à trois mois de celles qui ont cessé à cette même période.

Dans le cas des difficultés rencontrées fréquemment par les mères pendant toute la période d'allaitement (incluant la première semaine), seules les douleurs aux mamelons et aux seins ont été expérimentées par plus de la moitié des répondantes pendant toute la période où elles ont allaité, mais elles ne différencient pas les mères ayant continué d'allaiter à 3 et à 6 mois, de celles ayant cessé. Tel qu'observé dans l'analyse des difficultés rencontrées pendant la première semaine, la perception de ne pas avoir suffisamment de lait ou d'avoir un bébé insatisfait est plus fréquemment rencontré par les mères ayant cessé d'allaiter à 3 et à 6 mois. En effet, presque 40 % des mères qui n'allaitent plus à ces périodes, disent qu'elles n'ont pas eu suffisamment de lait à un moment donné durant la période d'allaitement. Aussi, avoir eu un bébé qui n'était pas satisfait différencie de façon très significative les mères qui n'allaitent plus des autres : 17 % et 11 % des mères qui allaitent à trois mois et à six mois respectivement, ont connu cette difficulté en période d'allaitement tandis que 49 % et 42 % des mères qui ont cessé d'allaiter à ces périodes données, l'ont rencontrée. Finalement, les autres difficultés ne sont survenues qu'à une minorité de répondantes.

L'analyse des deux indices synthétiques sur les difficultés d'allaitement montre que les mères qui allaitent encore à trois mois ont eu moins de difficultés au cours de la première semaine d'allaitement que celles qui ont cessé d'allaiter, tandis que la tendance change quand on examine l'indice synthétique mesurant le nombre de difficultés rencontrées pendant toute la période d'allaitement. Par exemple, 65 % et 69 % des mères qui allaitent encore à trois mois et à six mois respectivement ont connu au moins deux difficultés alors que c'est aussi le cas de 67 % et 65 % des mères qui ont cessé l'allaitement à ces mêmes périodes. Dans cette analyse, on peut suspecter un effet même de la durée sur la présence des difficultés d'allaitement car plus longtemps les mères allaitent, plus elles ont de risque de rencontrer autant de difficultés d'allaitement que les mères qui allaitent pour une période plus courte.

6.2.5.2 Facteurs facilitants et durée de l'allaitement à trois mois et à six mois

Le tableau 28 montre les facteurs facilitants selon le comportement d'allaitement à trois mois et à six mois. Les facteurs sont reliés aux barrières à lever pour allaiter, à l'accessibilité aux lieux ou aux services favorisant l'allaitement et à la capacité à surmonter les difficultés.

La perception des barrières à lever pour allaiter et de l'accessibilité aux salles d'allaitement et aux cours prénataux ne différencie pas les mères qui allaitent à trois mois et à six mois de celles qui cessent plus précocement. En contraste, à peu près toutes les mères qui allaitent toujours à trois mois et à six mois répondent par l'affirmative lorsqu'on leur demande si elles ont surmonté toutes les difficultés liées à l'allaitement tandis qu'à peu près la moitié des mères qui n'allaitent plus à ces mêmes périodes n'ont pas réussi à surmonter toutes les difficultés liées à l'allaitement.

Pour toutes les périodes d'allaitement étudiées, une démarche personnelle est mentionnée plus fréquemment comme étant ce qui a le plus aidé à résoudre les difficultés liées à l'allaitement. Même si aucune personne dans l'entourage n'est nommée aussi fréquemment qu'une démarche personnelle, une fois les données regroupées par entourage personnel (son conjoint, sa mère, des amis ou d'autres membres de la famille) et professionnel (son médecin, une infirmière ou une intervenante de l'hôpital, une intervenante du CLSC, une intervenante du groupe d'entraide à l'allaitement), on note que ces deux types d'entourage contribuent de façon importante à la résolution des difficultés sans qu'on ne remarque de différences pour aucune des personnes mentionnées entre les mères qui allaitent à trois mois et à six mois et celles qui ont cessé.

6.2.5.3 Facteurs de renforcement et durée de l'allaitement à trois mois et à six mois

Le tableau 29 présente les facteurs de renforcement au maintien de l'allaitement selon le comportement d'allaitement à trois mois et à six mois. Le soutien a été mesuré en demandant aux mères si des personnes de leur entourage personnel et professionnel ont dit ou fait quelque chose pour l'aider à continuer d'allaiter.

Toutes les mères, qui allaitent ou non à trois mois et à six mois, rapportent que leurs conjoints les ont beaucoup plus aidées à continuer d'allaiter que leur propre mère qui, plus souvent, ne les a pas aidées du tout.

Quant à l'entourage professionnel, la majorité des mères soulignent le rôle d'une infirmière et d'une intervenante du groupe d'entraide à l'allaitement. Environ la moitié des mères disent que le soutien reçu de ces dernières les a beaucoup aidées à continuer d'allaiter, mais aucune différence significative n'est notée dans le soutien entre les mères qui allaitent à trois mois et à six mois et celles qui ont cessé à ces moments-là.

Le rôle du médecin semble être différent de celui de l'infirmière et de l'intervenante d'un groupe d'entraide. Malgré qu'en général son soutien semble moins fréquent, il existe chez les mères qui allaitent toujours, une tendance (significative à six mois) à déclarer avoir été beaucoup aidées par leur médecin traitant, comparativement à celles qui n'allaitent plus à trois mois et à six mois tandis que celles qui ont cessé d'allaiter disent plus souvent ne pas avoir du tout été aidées par leur médecin traitant.

7. DISCUSSION

7.1 PRÉVALENCE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL – ÉTAPE 3

7.1.1 Prévalence de l'allaitement total et exclusif en Montérégie

L'ALLAITEMENT TOTAL

En Montérégie, la prévalence de l'allaitement total de 80 % à la naissance et de 32 % à six mois, mesurée en l'an 2000, se situe près de celle ciblée pour l'an 2002 dans les Priorités nationales de santé publique[k,1] et dans le *Programme régional pour l'allaitement maternel*[8,71]. Par contre, la prévalence de l'allaitement total à trois mois est inférieure de 9 % à l'objectif de 60 % fixé par les orientations nationales et régionales. Ces résultats sont en général comparables à ceux retrouvés dans d'autres enquêtes québécoises, provinciales et régionales[34,35,38]. Toutefois, à notre connaissance, une initiation de l'allaitement total de 80 % (79 % des mères montérégiennes allaitent au moins une fois dans les 24 premières heures et 80 % initient l'allaitement à tout moment) n'a été rapportée au Québec que pour des femmes ayant eu un congé précoce à la suite d'un accouchement vaginal sans complication[37] ou encore pour des femmes ayant accouché dans une maison de naissance[35]. Même face à une initiation élevée de l'allaitement total en Montérégie, on constate que les mères manquent de motivation ou rencontrent des difficultés dans le maintien de l'allaitement au-delà des premières semaines, ce qui contribue à la faible prévalence de l'allaitement à trois mois. Cette observation rejoint le concept d'une « période critique » abordée par plusieurs auteurs qui qualifient soit les trois[22], quatre[20,27,33-35,38] ou six[72] premières semaines, soit les deux[25] ou trois[34,40] premiers mois comme étant une étape vulnérable dans le maintien du comportement. Ce phénomène est confirmé dans la présente étude où, tout au long du premier mois, on retrouve un abandon important de l'allaitement total : 22 % des 508 mères ayant initié l'allaitement l'ont cessé durant le premier mois. De plus, les données recueillies permettent d'être encore plus spécifique et d'avancer que la première semaine de vie de l'enfant constitue, pour les femmes montérégiennes, une période critique en elle-même. En effet, au cours des 6 premiers jours, 12 % des mères ayant initié l'allaitement, l'ont abandonné. Deux autres études régionales affichent aussi un taux d'abandon élevé au cours des premières semaines. Dans la région de Québec, 14 % des mères qui ont initié l'allaitement, cessent d'allaiter au cours du premier mois[34] et la région de Chaudière-Appalaches affiche un taux d'abandon encore plus près de celui rencontré en Montérégie : 27 % des mères cessent d'allaiter au cours du premier mois post partum et 16 % de ces abandons ont lieu dans la première semaine[35].

De plus, une chute de la prévalence de l'allaitement se manifeste déjà à l'hôpital, et ce, même dans le contexte actuel des courts séjours hospitaliers. Ainsi, malgré un manque de précision au niveau des définitions opérationnelles des périodes nommées « à la naissance » et « à la sortie », les trois études québécoises ayant mesuré la prévalence de l'allaitement à ces deux périodes[35,36,39,40], rapportent un écart

[k] L'objectif des Priorités nationales de santé publique 1997-2002 vise une prévalence de 80 % à l'hôpital sans spécifier s'il s'agit des périodes « à la naissance » ou « à la sortie »

entre la prévalence de l'allaitement total à la naissance et celle à la sortie de l'hôpital de 4 % à 6 %, ce qui est semblable à l'écart observé en Montérégie (5 %) et ailleurs[73,74].

Ces abandons précoces correspondent-ils à une décision des mères, prise avant l'accouchement, d'allaiter pour une courte période de quelques jours ou de quelques semaines ou indiquent-ils que plusieurs mères n'atteignent pas les objectifs d'allaitement qu'elles se sont fixés avant la naissance de leur bébé? Les résultats de cette étude ainsi que ceux d'autres études québécoises, indiquent que la plupart des mères anticipent une durée moyenne d'allaitement total d'environ six mois[33,34,36] et que peu de mères prévoient allaiter moins d'un mois. On sait aussi que l'intention d'allaiter et la durée prévue de l'allaitement sont associées respectivement à l'initiation et à la durée réelle de l'allaitement[21,33,34,49,75-78]. Toutefois, tel que documenté ailleurs[33,34,39,79], un nombre important de femmes montérégiennes n'atteignent pas les objectifs de durée d'allaitement qu'elles se sont fixés avant l'accouchement.

Les « vraies » raisons ou les raisons ultimes qui amènent les femmes à abandonner l'allaitement sont difficiles à cerner au moyen d'enquêtes quantitatives qui demandent aux répondantes de prioriser les raisons d'arrêt. Il est déjà mentionné dans la littérature que certaines mères ont des intentions fermes envers l'allaitement tandis que d'autres sont plus nuancées[39,80] et se disent qu'elles « verront comment ça se passe » ou qu'elles « arrêteront si c'est trop difficile »[80] mais il reste que la plupart des mères qui cessent d'allaiter avant six mois le font probablement à cause des difficultés perçues, plutôt que par choix[20,81]. De plus, l'arrivée d'un nouveau bébé occasionnant des changements inattendus dans le mode de vie des parents, l'impact de ces changements et la réaction de la mère face à ces derniers, exercent une influence importante sur la qualité et sur la durée de l'expérience d'allaitement. Aussi, si les difficultés d'allaitement demeurent non solutionnées, la mère peut développer un sentiment d'incompétence et d'échec. Il a d'ailleurs été rapporté que la confiance dans sa capacité à allaiter serait un prédicteur de la durée de l'allaitement beaucoup plus fort que la durée anticipée[82].

L'ALLAITEMENT EXCLUSIF

L'initiation de l'allaitement exclusif est plus faible de celle de l'allaitement total et diminue de façon encore plus marquée dans les premières semaines de vie du nourrisson. En effet, le taux d'abandon de l'allaitement exclusif de 43 % à 1 mois est préoccupant, surtout en considérant que la majorité de ces abandons se produisent au cours de la première semaine indiquant aussi que les premiers jours de vie constituent une période critique, tant pour l'allaitement total que pour l'allaitement exclusif. De plus, la proportion des femmes qui allaitent de façon exclusive pour six mois (1 %) est loin des objectifs visés par les lignes directrices ministérielles[54] (10 % d'ici 2007) qui, pour la première fois, ont inclus des recommandations sur l'allaitement exclusif.

Quant aux durées de l'allaitement exclusif prévues par les mères, on constate qu'un grand nombre de femmes disent vouloir allaiter de façon exclusive jusqu'à 3 ou 4 mois. Par contre, 70 % des mères n'ont pas atteint les objectifs de durée de l'allaitement exclusif qu'elles se sont fixés avant d'accoucher. L'aliment qui brise le plus fréquemment l'exclusivité est le lait non humain, ce qui explique la très faible proportion de femmes qui allaitent de façon prédominante à toutes les périodes étudiées. Malgré la grande utilisation au cours des six premiers mois de liquides permis dans la catégorie d'allaitement prédominant, soit l'eau, les boissons à base d'eau et les jus, le fait que l'allaitement prédominant depuis la naissance soit si bas signifie que les bébés qui ont reçu ces liquides, ont aussi reçu du lait non humain ou des solides. En

effet, le pourcentage de mères montérégiennes ayant initié l'allaitement qui rapportent que leur bébé ont reçu du lait non humain est préoccupant et va à l'encontre des recommandations actuelles : 1 bébé ayant initié l'allaitement sur 7 reçoit du lait non humain au cours des 24 premières heures de vie, 1 sur 4 au cours de la première semaine, 1 sur 2 au cours du premier mois et 9 sur 10 au cours des 6 premiers mois.

Le rôle des pratiques hospitalières dans cette chute précoce de l'allaitement exclusif est primordial. L'introduction de biberons de préparations lactées ou d'eau pendant le séjour à l'hôpital est répandue et l'ampleur de cette pratique ne varie pas énormément en Amérique du Nord. Par exemple, des études canadiennes démontrent qu'entre 61 % et 68 % des mères montréalaises[83], québécoises[33] et manitobaines[84] disent que leur bébé allaité a reçu un biberon d'eau ou de préparations lactées pour nourrissons pendant leur séjour à l'hôpital. Seule l'étude dans la région de Québec[34] rapporte, lors du séjour à l'hôpital, une utilisation moindre de compléments chez les bébés allaités (46 %). Aux États-Unis, des données nationales (non-représentatives) indiquent que 56 % des répondantes ayant initié l'allaitement rapportent que leur bébé a reçu des compléments d'eau ou de préparations lactées à l'hôpital[85]. Même dans un hôpital bostonien *Ami des bébés*, il est rapporté que durant l'année où la reconnaissance a été obtenue et en présence d'une prévalence de l'allaitement total à l'hôpital de 87 %, le pourcentage des femmes dont les bébés ont reçu seulement du lait maternel lors du séjour hospitalier était de 34 %, indiquant que presque 60 % des bébés allaités ont reçu des préparations lactées[86] et ce, apparemment sans indication médicale acceptable selon les règles définies par l'UNICEF/OMS[3]. Dans ce contexte, il est encourageant de constater que la proportion des mères ayant initié l'allaitement en Montérégie rapportant que leur bébé a reçu des compléments lors du séjour à l'hôpital, n'est que de 36 % (données non montrées). De plus, la pratique d'administrer quelques gorgées d'eau avant la première tétée semble avoir été délaissée par les hôpitaux montérégiens, car une seule mère parmi les 508 mères ayant initié l'allaitement, rapporte que son bébé en a reçu dans les 24 premières heures de vie. Ces deux dernières constatations pourraient aider à expliquer que l'allaitement exclusif à la naissance est plus élevé de 10 % chez les femmes montérégiennes ayant accouché dans un hôpital de la région par rapport à celles ayant accouché hors Montérégie.

Les conséquences sur la durée de l'allaitement ou sur l'effet protecteur de l'allaitement à l'égard de certaines maladies, engendrées par la consommation de lait non humain au cours des premiers jours de vie (généralement durant le séjour hospitalier), ne sont pas encore bien établies dans la littérature. L'administration de compléments de lait non humain à l'hôpital[21,85,87-89] ou dans les premières semaines de vie[90] et l'introduction précoce des solides au cours des trois premiers mois[22] sont souvent associées à un abandon précoce de l'allaitement. Par contre, il n'est pas clairement établi si l'utilisation de compléments influence la durée de l'allaitement ou s'il est plutôt un signe, soit d'un manque de motivation à poursuivre l'allaitement, soit de difficultés liées au manque de confiance de la mère, au comportement du bébé ou au faible soutien de la part des intervenants[14,54]. Devant un manque de motivation ou des difficultés, l'utilisation des compléments peut être une conséquence de la décision de la mère de sevrer son enfant, et non sa cause[47]. De plus, les effets nuisibles sur la santé du nourrisson d'avoir été exposé si tôt aux protéines bovines n'ont pas encore été élucidés malgré que de nombreuses études suggèrent un lien possible avec l'incidence du diabète de type I[91-95].

Ce qui est cependant beaucoup plus certain est que les effets bénéfiques de l'allaitement sur la santé de la mère et de l'enfant sont souvent liés à la durée et à l'exclusivité de l'allaitement suivant un phénomène de type « dose-réponse »[46,54], un terme emprunté des essais cliniques qui implique une relation où la réponse

(bienfaits observés de l'allaitement) est proportionnelle à, ou semble être une conséquence de la dose (la quantité, la durée, l'exclusivité, etc.). Une relation « dose-réponse » suggère donc un lien causal entre la dose et la réponse[96] où plus la « dose » de lait maternel est grande, plus la « réponse » sur l'état de santé est positive[14].

Par exemple, certaines études montrent que plus l'enfant reçoit de lait maternel, moins il aura d'infections respiratoires[97,98], d'otites[99,100] et de diarrhée[66,100-103] et que plus longtemps il est allaité de façon exclusive, plus ses capacités motrices et langagières seront développées[104]. Les bébés allaités ont aussi moins d'entérocolites nécrosantes[105] et moins de risque de développer une anémie ferriprive[106] que les bébés nourris avec des préparations lactées pour nourrissons ou du lait de vache[4]. De plus, les preuves d'une association entre l'allaitement prolongé et exclusif et la prévention du syndrome de la mort subite du nouveau-né[66,107-109], le développement neuro-cognitif optimal de l'enfant[66,110-115] ainsi que certaines maladies chroniques comme les allergies[66,116,117], s'accumulent.

Cette abondance de bénéfices et le manque de déficience au niveau de la qualité de la croissance des bébés allaités exclusivement ont récemment appuyé une révision des recommandations sur la durée optimale de l'allaitement exclusif. Toute comme l'American Academy of Pediatrics le fait depuis 1997[4], les plus récentes prises de position émises par les organismes internationaux[6,7,46,118-121] recommandent l'allaitement exclusif pour les six premiers mois de vie du nourrisson tant dans les pays industrialisés que dans ceux en voie de développement. Le MSSS a aussi choisi de recommander l'allaitement exclusif pour les 6 premiers mois de vie du nourrisson dans ses lignes directrices 2001-2007[54].

En appui à ces recommandations, le programme régional a priorisé la promotion de l'allaitement exclusif dans sa région et a décidé de mesurer sa prévalence à l'aide de la présente enquête. Il est évident que la définition plutôt « stricte » de l'allaitement exclusif utilisée dans l'étude a pu contribuer à la chute importante de la prévalence observée puisque l'administration de tout autre aliment que le lait maternel (même pour une seule fois) est considérée comme un abandon de l'allaitement exclusif et ce, pour toute la durée subséquente de l'allaitement. La définition utilisée est pourtant celle proposée par l'OMS[58,62], une définition qui est fréquemment employée dans des études provenant de différents pays portant sur la prévalence et sur les bienfaits de l'allaitement[56,57,63-69,96].

Dans certains cas, on remarque que des adaptations plus larges des définitions de l'OMS ont été utilisées et ces variations dans les définitions de l'allaitement empêchent les comparaisons entre les différentes études. Par exemple, dans une publication aussi récente que 2001, des chercheurs de la Nouvelle-Écosse ont choisi de considérer un nourrisson comme étant allaité exclusivement tant qu'il ne reçoit que du lait maternel et de l'eau accompagnés d'au plus une tasse de préparation lactée pour nourrissons ou de jus et ce, une seule fois par semaine[122]. Dans le cas de l'ÉLDEQ[38], les définitions des catégories d'allaitement retenues ne semblent pas avoir été appliquées pour la période « à la naissance » puisque l'enquête rapporte une initiation de l'allaitement exclusif égale à celle de l'allaitement total (72 %) et que l'équivalence entre ces prévalences n'a pas été reproduite par aucune autre enquête.

L'étude de la région de Québec a aussi privilégié une définition de l'allaitement plus large, car même si les mères ont dit que l'enfant avait reçu un complément à la naissance, lorsque cela ne représentait pas le début d'une introduction régulière, elles étaient considérées comme ayant pratiqué l'allaitement exclusif à la naissance[34]. Cependant, tel que mentionné précédemment, 46 % des participantes à cette étude ayant

initié l'allaitement rapportent qu'une préparation lactée, de l'eau ou de l'eau sucrée ont été données à leur bébé à l'hôpital. Si une définition de l'allaitement exclusif plus stricte avait été retenue, la prévalence et le taux d'abandon de l'allaitement exclusif, surtout pendant la première semaine, auraient présenté un portrait différent.

Et même si une définition moins stricte avait été adoptée dans la présente étude, l'écart entre les recommandations sur l'allaitement exclusif pour les six premiers mois et le portrait montérégien n'aurait pas changé énormément. En effet, sans prendre en considération que dans la majorité des cas l'exclusivité a aussi été brisée par l'introduction des solides, parmi le 90 % des mères ayant initié l'allaitement qui ont introduit du lait non humain au moins une fois au cours des six premiers mois de vie, 77 % d'entre elles l'avaient déjà introduit de façon régulière à six mois. Il est aussi intéressant de noter que seulement 24 % des 200 nourrissons toujours allaités à six mois n'ont pas reçu de lait non humain à ce moment-là (données non montrées).

Les différences retrouvées au niveau des définitions des catégories d'allaitement illustrent un problème ayant déjà été soulevé par les chercheurs dans le domaine[56,59-61,69,70,123-125]. Il est facile de définir les catégories d'allaitement à un point donné dans le temps, mais plus difficile de le faire sur une période de temps donnée. Par exemple, il est facile de déterminer si un bébé est allaité à deux mois de façon exclusive, prédominante, additionnée de compléments ou pas du tout. Pour certaines femmes, il est aussi facile de déterminer la durée de l'allaitement exclusif sur une période de temps donnée suite à la naissance parce qu'elles commencent à allaiter de façon exclusive, passent à un allaitement prédominant suivi d'un allaitement additionné de compléments, pour ensuite cesser d'allaiter et ceci, dans une séquence unidirectionnelle, sans faire marche arrière. Par contre, certaines autres femmes vont alterner entre un allaitement exclusif et un allaitement prédominant ou additionné de compléments, et c'est justement pour ces femmes-là que les définitions des catégories d'allaitement varient d'une étude à l'autre. Cette alternance entre les catégories peut faire en sorte qu'un indicateur de l'allaitement exclusif à deux mois (par exemple, les 24 dernières heures précédant l'entrevue) dont le statut est « actuel », n'est pas une mesure adéquate de l'allaitement exclusif pour deux mois dont le statut est « depuis la naissance ». Dans des études examinant spécifiquement ce phénomène, les écarts entre les statuts « actuel » et « depuis la naissance » pouvaient atteindre 40 % à deux mois, entre 20 % et 40 % à quatre mois et 9 % à six mois[69,70]. Ces grandes divergences dans le diagnostic de la situation dans le portrait d'un pays ou d'une région peuvent conduire à une sous-estimation du besoin de promouvoir, de soutenir et de protéger l'allaitement exclusif pendant les premiers six mois de vie du bébé[69]. C'est spécifiquement pour cette raison que la présente étude a voulu porter une attention particulière à la mesure de l'allaitement exclusif pour la période recommandée, en utilisant des définitions acceptées au niveau international et des indicateurs mesurant le statut « depuis la naissance ».

Ces définitions devraient probablement être adaptées lors du counseling fait auprès des mères et du travail dans la communauté de façon à refléter une progression vers les objectifs de durée d'allaitement exclusif. L'utilisation d'une définition des catégories d'allaitement moins stricte est encore plus importante si on transmet ces définitions aux mères (pour éviter des sentiments de frustration et d'incompétence). Par exemple, Aarts et autres[69] proposent une classification où la mère donnant à son enfant des liquides autres que du lait maternel (incluant le lait non humain) une fois par semaine ou moins, pourrait être placée dans une catégorie de « presque exclusivité ». Une définition plus libérale pourrait être acceptable dans ce

contexte et une définition plus stricte comme celle de l'OMS serait réservée pour identifier des comportements d'allaitement à l'intérieur d'un cadre plus scientifique ou d'une planification sanitaire.

Quoique l'allaitement prédominant soit peu pratiqué en Montérégie au cours des six premiers mois, des efforts accrus en matière de promotion de l'allaitement exclusif pourraient entraîner une hausse de sa pratique au profit de l'allaitement additionné de compléments. Donc, même si suite aux efforts déployés, l'allaitement exclusif n'atteint pas les objectifs fixés par les lignes directrices ministérielles, une hausse de l'allaitement prédominant est toujours préférable, car l'eau, les boissons à base d'eau et les jus n'ont pas le but de remplacer le lait maternel tandis que l'allaitement additionné de compléments (surtout dans les cas de l'introduction de préparations lactées) a cet effet de remplacement, résultant en une diminution de la production du lait maternel. Il serait alors pertinent, lors de l'implantation des programmes favorisant l'allaitement exclusif, de documenter les changements potentiels dans la distribution des catégories d'allaitement pour mesurer sa progression.

7.1.2 Prévalence de l'allaitement maternel total et exclusif dans les établissements de la Montérégie

LES CENTRES HOSPITALIERS DE LA MONTÉRÉGIE

Au moment de l'enquête, on note un écart de seulement 15 % entre la prévalence la plus élevée et la plus basse de l'allaitement total à la naissance, tandis que pour l'allaitement exclusif, cette différence grimpe à 35 % indiquant probablement une plus grande variabilité dans les pratiques de soins des différents hôpitaux montérégiens et ce, particulièrement quant à l'administration de compléments. À trois mois et à six mois, les centres hospitaliers ayant la plus haute prévalence de l'allaitement total chez les femmes y ayant accouché ont une prévalence presque deux fois plus élevée que celle des centres hospitaliers ayant la plus faible.

Parmi ces hôpitaux, on retrouve l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins qui est le premier hôpital ayant été reconnu *Ami des bébés* en Montérégie ainsi que dans tout le Canada, depuis juin 1999. Il est intéressant de noter que la prévalence de l'allaitement à la naissance, à 3 et à 6 mois chez les mères ayant accouché dans cet hôpital en novembre 1999, est plus élevée que celle obtenue par la plupart des autres centres hospitaliers montérégiens. Les résultats de cet hôpital surpassent nettement les objectifs visés par le MSSS dans ses Priorités nationales de santé publique 1997-2002[1]. De plus, une évaluation effectuée par l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins sur l'évolution de la prévalence de l'allaitement depuis le début de l'implantation de l'*Initiative des hôpitaux amis des bébés* (IHAB) a permis de constater l'augmentation progressive de l'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital : de 45 % en 1994, la prévalence est passé à 80 % en 1997[126]. Quoique la réduction concomitante de la durée de séjour puisse avoir influencé favorablement la prévalence de l'allaitement (l'allaitement étant plus élevé au jour 1 qu'au jour 3 ou 4), l'ampleur des résultats laisse croire que la révision des pratiques hospitalières a contribué de façon importante à l'augmentation de la prévalence de l'allaitement enregistrée par le centre hospitalier[54]. Ces résultats suggèrent que l'implantation de l'IHAB puisse avoir un impact positif sur la prévalence de l'allaitement, tel que rapporté par d'autres études nord-américaines[85,86] et européennes[66,67].

LES TERRITOIRES DES CLSC DE LA MONTÉRÉGIE

Quant à la situation dans les 19 territoires des CLSC montérégiens[1], les données sur la prévalence de l'allaitement total et exclusif présentent une variabilité aussi grande que celle notée dans les centres hospitaliers. Les services offerts par les CLSC peuvent aussi agir tant sur l'initiation que sur le maintien de l'allaitement mais plus particulièrement, les services offerts au cours de la période postnatale auraient davantage une influence sur la prévalence de l'allaitement total et exclusif à trois mois. Dans cette optique, il est pertinent de noter les données obtenues dans les territoires de trois CLSC montérégiens (de la Haute-Yamaska, des Patriotes et des Seigneuries), ayant une prévalence de l'allaitement total à trois mois (70 % à 72 %) dépassant les objectifs nationaux (60 %) et la moyenne régionale (51 %). Ces résultats pourraient être expliqués par des différences dans les caractéristiques sociodémographiques des populations desservies, ou dans les services offerts par les CLSC, mais aucune analyse supplémentaire n'a été faite pour confirmer ces hypothèses. Il serait intéressant d'explorer les efforts mis en place qui contribuent aux prévalences élevées dans ces territoires de CLSC.

7.1.3 Variations de la prévalence de l'allaitement total et exclusif selon certaines caractéristiques des mères et des nourrissons

Le modèle théorique utilisé dans la démarche de planification insiste sur une sélection des facteurs modifiables par un programme de santé publique. Malgré que les caractéristiques sociodémographiques des familles soient difficilement modifiables dans le contexte d'un tel programme, ces variables ont été étudiées puisqu'elles sont inscrites dans les déclarations de naissance utilisées pour l'échantillonnage et donc facilement disponibles. Le but de l'exercice est d'examiner les variations de la prévalence de l'allaitement aux différentes périodes d'intérêt selon ces caractéristiques afin 1) de vérifier si la Montérégie se comporte comme les populations des autres études disponibles et 2) d'identifier les populations spécifiques devant être ciblées par le programme régional. Malgré les corrélations connues entre les différentes caractéristiques étudiées, aucune analyse supplémentaire n'a été réalisée pour expliquer les variations rencontrées. En effet, comme mentionné précédemment, les associations entre l'allaitement et plusieurs caractéristiques couramment étudiées ne sont pas constantes et certaines associations rapportées par des études bivariées comme étant significatives, perdent de l'importance lorsque des analyses multivariées sont utilisées pour contrôler les covariables potentiellement confondantes[49].

L'ALLAITEMENT TOTAL

L'analyse des variables sociodémographiques démontre des associations avec l'allaitement total déjà observées dans la vaste littérature sur le sujet. Toutefois, la seule variable associée, tant à l'initiation qu'au maintien de l'allaitement, est le niveau de scolarité de la mère au moment de l'accouchement. Tel que documenté ailleurs, les femmes plus scolarisées sont plus portées à l'initier et à le maintenir que celles qui le sont moins[20,22-24,26,27,33,34,39,74,127,128]. Contrairement aux autres études, l'âge de la mère au moment de l'accouchement n'est pas associé, ni à l'initiation de l'allaitement total[21,23,24,129], ni à son

[1] Les actions du programme n'atteignant pas les mères accouchant à l'Hôpital Kateri Memorial, les résultats sur la prévalence de l'allaitement dans cet établissement ne sont pas discutés.

maintien[21,23,24,39,74,127,130]. Quant à l'état civil, il n'est pas associé à l'initiation de l'allaitement[22,24,26,27,127,129], mais les mères mariées[27,129,131] sont plus nombreuses à continuer à allaiter jusqu'à trois mois et six mois.

Les résultats observés au niveau du revenu familial divergent aussi de ceux fréquemment rapportés par la littérature qui démontrent un gradient socioéconomique de plus pauvre à plus riche dans la prévalence de l'allaitement maternel[27,36,39,132-134]. Dans la présente étude, malgré que l'initiation de l'allaitement maternel soit basse chez les mères ayant un revenu familial « très faible », les mères ayant un revenu « faible » allaitent en plus grand nombre à la naissance que toutes les autres mères. Ces résultats abondent dans le même sens que ceux rapportés par l'ÉLDEQ où la prévalence de l'allaitement total à la naissance est basse pour les mères ayant un revenu « très faible » (moins de 10 000 $) et augmente considérablement avec un revenu qui se situe entre 10 000 et 20 000 $[38]. Les variations des prévalences à trois mois sont davantage en concordance avec le gradient socioéconomique connu, les femmes montérégiennes dans les groupes moins favorisés étant significativement moins nombreuses à allaiter que les femmes plus favorisées. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence compte tenu du petit nombre de femmes du groupe à revenu « très faible » et du fait que 14 % des participantes ont refusé de répondre à cette question, ce qui confirme la difficulté à mesurer le revenu familial de façon valide.

L'influence de l'activité professionnelle sur la prévalence de l'allaitement varie selon que l'activité est présente avant ou après l'accouchement. La présente étude obtient des données qui abondent dans le même sens que plusieurs autres études[21,33,77,130,135]. D'une part, le fait de travailler avant l'accouchement est associé à une plus haute prévalence de l'allaitement total à la naissance et à trois mois, ce qui représente probablement un marqueur de statut socioéconomique. D'autre part, la durée prévue du retrait du travail est associée au maintien de l'allaitement total : les femmes ayant une durée prévue du retrait plus courte allaitent moins fréquemment à trois mois et à six mois, témoignant des contraintes éprouvées par les femmes à concilier le travail et l'allaitement. Conséquemment, beaucoup de mères cessent d'allaiter pour retourner au travail[21,132,133,135-137], même si l'association « allaitement maternel et travail » peut procurer divers effets bénéfiques[54,138]. Par exemple, un retour au travail à temps partiel (moins de 20 heures) permettrait aux mères d'allaiter plus souvent et donc plus intensément[81], cet allaitement résultant en une meilleure santé du nourrisson, une diminution des infections infantiles et conséquemment, moins d'absentéisme[139,140].

Quant aux caractéristiques des mères, les résultats coïncident avec ceux des autres études où le comportement d'allaitement ne varie pas selon le type d'accouchement[35,36,39,49] et la durée du séjour hospitalier[39]. D'ailleurs, une étude récente rapporte qu'un court séjour pourrait même être bénéfique pour la durée de l'allaitement[141]. Quant à la parité, les résultats sont similaires à ceux rapportés par les régions de Chaudière-Appalaches[35] et de Québec[34] où les primipares sont plus nombreuses à initier l'allaitement maternel. Cette différence entre les primipares et les multipares disparaît toutefois à trois mois et à six mois[22,49,130].

Les caractéristiques des mères fortement associées à la prévalence de l'allaitement total à toutes les périodes étudiées, sont le moment de la prise de décision d'allaiter et le tabagisme postnatal, associations déjà amplement documentées dans la littérature sur l'initiation[21,26,33,34,36,39,40,74,132,142] et le maintien[26,36,49,74,127,129,130,142-145] de l'allaitement maternel.

Le moment de la prise de décision d'allaiter son enfant a une influence sur la prévalence selon qu'elle soit prise avant ou pendant la grossesse, ou après l'accouchement. Dans la présente étude comme dans d'autres[36,132], la plupart des mères ont pris la décision d'allaiter avant la grossesse et le fait d'avoir choisi le mode d'alimentation de leur bébé avant l'accouchement influence positivement l'initiation de l'allaitement[33]. De plus, il semble que pour plusieurs femmes cette prise de décision ne soit pas le résultat d'une profonde et longue réflexion puisque les femmes rapportent souvent qu'aucune prise de décision n'était nécessaire; il allait de soi qu'elles allaiteraient leur nourrisson[132]. Quant au maintien de l'allaitement, on rapporte dans la présente étude tout comme dans d'autres[22,36,40,74] que plus la décision a été prise tôt, plus la durée de l'allaitement est prolongée.

L'association du tabagisme avec l'initiation[21,26,33,74,142] et le maintien de l'allaitement total[26,36,49,74,127,129,130,142,144,145] est une des associations négatives les plus constantes dans la littérature. En effet, une métanalyse récente confirme que le tabagisme maternel augmente le risque de sevrage précoce chez les mères qui allaitent[145]. Le tabagisme pourrait être un marqueur des influences psychosociales[146,147] relié au fait que la plupart des mères fumeuses croient qu'il faut cesser de fumer pour allaiter ou un marqueur des influences comportementales compte tenu que les femmes fumeuses sont moins portées vers un mode de vie sain[132]. D'autre part, l'association négative entre le tabagisme et le maintien de l'allaitement pourrait être expliquée par un mécanisme physiologique où le tabac aurait l'effet de diminuer la production du lait[5,130,145]. Cette association est à nouveau retrouvée dans la présente étude et ce, à toutes les périodes étudiées.

Finalement, l'association entre les caractéristiques des nourrissons, telles la prématurité et l'insuffisance du poids à la naissance, et la prévalence de l'allaitement s'exprime seulement à trois mois. Une bonne initiation de l'allaitement total est présente pour les deux variables, mais on constate une baisse importante à trois mois pour retourner à une prévalence plus près de celle des bébés d'âge gestationnel et de poids normaux à six mois. L'ÉLDEQ38 rapporte qu'au Québec, les bébés prématurés et de petit poids sont plus nombreux à être sevrés avant l'âge de trois mois et, que les bébés de moins de 2 500 grammes sont moins nombreux (57 % vs 73 %) à être allaités.

L'ALLAITEMENT EXCLUSIF

En général, l'allaitement exclusif est moins étudié que l'allaitement total et la littérature documentant sa variation selon les caractéristiques sociodémographiques est moins abondante. Dans la présente étude, on retrouve moins de variations dans l'initiation et le maintien de l'allaitement exclusif que dans ceux de l'allaitement total. En fait, la seule variation dans l'initiation de l'allaitement exclusif se situe au niveau de la scolarité : la proportion des mères ayant allaité de façon exclusive pour les 24 premières heures est plus élevée de 20 % chez les mères ayant un diplôme universitaire que chez celles n'ayant pas complété le secondaire. D'ailleurs, le degré d'éducation a déjà été démontré comme étant le facteur le plus décisif face à l'initiation de l'allaitement exclusif[148].

Quant au maintien de l'allaitement exclusif pour trois mois, les associations avec la scolarité, l'âge et la durée du retrait de l'activité professionnelle démontrées par la présente étude ont déjà été documentées ailleurs. En effet, les mères montérégiennes plus scolarisées et plus âgées, allaitent exclusivement davantage que les moins scolarisées[149] et les plus jeunes[81,150]. Quant à la durée du retrait du travail, les résultats affirment que les mères qui retournent au travail planifient souvent d'allaiter exclusivement

moins longtemps en vue de ce retour et certaines d'entre elles vont souvent jusqu'à introduire les préparations lactées à un très jeune âge pour que le bébé s'y habitue[80]. Tout comme l'étude de la région de Québec le rapporte[34], il n'existe aucune variation significative de l'allaitement exclusif à trois mois selon le niveau du revenu familial.

Quant aux caractéristiques comportementales des mères, les variations les plus importantes de l'allaitement exclusif sont, comme dans le cas de l'allaitement total, reliées au moment de la prise de décision d'allaiter et au statut tabagique. Il faut toutefois préciser que, dans la présente étude, une mère est considérée fumeuse si elle fume au moins une cigarette par jour pendant la période postnatale. Conséquemment, il n'a pas été possible de documenter une relation de type « dose-réponse » entre le tabagisme et l'allaitement exclusif où plus le nombre de cigarettes fumées serait grand, moins les femmes l'initieraient[151] et moins longtemps le maintien de ce comportement se poursuivrait[144].

7.2 FACTEURS ASSOCIÉS À L'ALLAITEMENT MATERNEL – ÉTAPE 4

Le but de cette étape est de mesurer la distribution des facteurs modifiables prédisposants, facilitants et de renforcement qui sont intégrés au modèle théorique *Precede-Proceed* présenté à la figure 1. Comme les facteurs prédisposants sont habituellement bien identifiés dans les programmes de santé publique, le modèle insiste pour que lors de la planification, l'on identifie aussi les facteurs facilitants et de renforcement du comportement à l'étude pour pouvoir déterminer des objectifs à ce niveau.

Contrairement à la plupart des études sur le sujet, ce diagnostic vise à mesurer le niveau de présence des facteurs déjà identifiés dans la littérature chez les mères de la région. Par exemple, les études tentent habituellement de déterminer quelles personnes de l'entourage de la mère l'ont influencée dans sa décision d'allaiter ou encore quelles difficultés ont été rencontrées. Dans la présente étude, toutes les personnes potentiellement influentes et les difficultés les plus fréquemment recensées sont présentées aux participantes afin de mesurer leur présence ou absence. Aussi, tous les facteurs sont étudiés en association avec l'initiation et le maintien de l'allaitement total et exclusif afin de vérifier la force de ces associations au moyen de tests de signification. Dans aucun cas, l'intention n'était d'établir le rôle causal ou déterminant de ces facteurs sur la prévalence de l'allaitement en Montérégie, la taille restreinte de l'échantillon et le devis transversal avec la mesure des facteurs à six mois post-partum ne se prêtant pas à cet exercice.

La population retenue pour ce diagnostic a des caractéristiques semblables à celles de l'échantillon élargi utilisé pour déterminer la prévalence de l'allaitement à l'étape 3. On note cependant un taux de participation moindre avec plus de refus que de mauvais numéros de téléphone et ce, probablement dû à la longueur du questionnaire. Également, la prévalence de l'allaitement total à la naissance et à trois mois est plus faible que celle de l'échantillon élargi, mais la taille réduite de l'échantillon résulte en une moins bonne précision de la prévalence estimée.

Quant aux services reçus, les mères semblent avoir été bien renseignées sur les avantages et les inconvénients perçus de l'allaitement maternel avant l'accouchement. Parmi celles ayant assisté aux cours prénataux, la plupart des mères ont reçu de l'enseignement sur l'allaitement. Toutefois, un nombre considérable de ces mères ont aussi reçu de l'enseignement sur l'alimentation avec des préparations lactées pour nourrissons. Cette pratique d'enseignement de groupe est déconseillée par l'*Initiative des*

amis des bébés (IAB)[53], plus particulièrement dans le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*[10,11] afin d'éviter d'utiliser le système de santé pour faire la promotion des préparations lactées auprès des femmes enceintes. Ce code recommande d'opter pour un enseignement individuel pour indiquer aux mères qui utilisent les préparations lactées comment les préparer de façon sécuritaire.

L'information reçue par les mères, en matière de recommandations, est loin d'être optimale : plus de mères ont été informées du meilleur moment pour l'introduction des solides ou des liquides que de la durée idéale de l'allaitement total et exclusif. Cet écart dévoile que le lien logique entre la durée de l'allaitement exclusif et le moment d'introduction des aliments complémentaires (ce qui occasionne un abandon de l'allaitement exclusif) n'est pas présent. Il est possible que les intervenants transmettant l'information aient de la difficulté à établir ce lien vu l'habitude de présenter ces sujets comme deux thèmes distincts.

Les trois prochaines sections discutent des résultats sur la distribution des facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement ainsi que sur l'association de ces facteurs avec l'initiation et le maintien de l'allaitement total et exclusif. Toutefois, presque aucun élément ne différencie les mères allaitant exclusivement pour trois mois de celles qui pratiquent dès la naissance l'allaitement prédominant ou additionné de compléments (données non montrées). Cette similitude entre les deux groupes a déjà été observée par deux études québécoises[33,34] rapportant que les mères québécoises qui allaitent de façon exclusive et mixte ont des caractéristiques similaires.

7.2.1 Les facteurs prédisposants

Les facteurs prédisposants sont fortement associés à la prévalence de l'allaitement. En effet, les mères qui ont des connaissances justes et des croyances favorables face à l'allaitement et qui reçoivent de l'encouragement de la part de leur entourage, sont plus nombreuses à initier l'allaitement maternel. Par ailleurs, le nombre de connaissances justes et encore plus, le nombre de croyances favorables sont associés à une plus grande proportion de femmes qui allaitent encore à trois mois et à six mois. Ces observations vont dans le même sens que celles rapportées par d'autres études québécoises qui concluent que les mères qui initient l'allaitement ont des connaissances plus justes et des croyances et des attitudes plus favorables face à l'allaitement[33,36].

Il est clair que toutes les mères sont peu informées sur le fait que pour produire du bon lait, il n'est pas primordial d'avoir une alimentation de bonne qualité et qu'il est toujours recommandé d'allaiter même si une mère fume. Chez les mères montérégiennes n'ayant pas initié l'allaitement, la méconnaissance de la supériorité du lait maternel par rapport aux préparations lactées n'est pas surprenante. Par exemple, tel que documenté dans une étude sur les primipares québécoises[33], la réponse à l'énoncé qui, au-delà de l'équivalence entre les deux types de lait, mesurait l'opinion des mères vis-à-vis l'énoncé « les préparations lactées sont préparées avec tellement de précision scientifique qu'elles sont préférables au lait maternel », démontre clairement le manque de connaissances des mères qui n'allaitent pas : un tiers de ces mères sont tout à fait ou plutôt d'accord avec l'énoncé faux. Les résultats de la présente étude démontrent aussi que cette connaissance erronée est défavorablement associée au maintien de l'allaitement.

Même s'il est évident que le fait de reconnaître la supériorité du lait maternel est un concept important qui permet aux mères de prendre une décision éclairée par rapport à l'initiation de l'allaitement ainsi qu'à sa durée, 23 % des mères de notre échantillon qui ont décidé de ne pas allaiter, reconnaissent la supériorité du lait maternel. Une explication possible est que certaines de ces mères ont acquis de nouvelles connaissances ou changé de croyances entre la naissance de leur bébé et le moment où celles-ci ont été mesurées. Toutefois, il a déjà été avancé que les mères choisissant de nourrir leur bébé avec des préparations lactées ont des préoccupations plus centrées sur le mode de vie (inquiétudes face à la commodité du mode d'alimentation, le confort, l'aide pouvant être apportée à la tâche de nourrir) tandis que les mères qui allaitent semblent surtout avoir des préoccupations face à la santé du bébé[152,153]. Dans la présente étude, ces préoccupations sont en effet manifestées chez les mères n'ayant pas allaité : elles croient davantage que l'allaitement maternel est moins pratique et plus fatigant que les mères ayant allaité.

De plus, la prise de décision d'initier l'allaitement peut être influencée par une connaissance plus pratique (*embodied knowledge*) obtenue par l'observation de femmes qui allaitent, et non par des connaissances théoriques sur les avantages procurés par l'allaitement maternel[154]. De là l'étonnement de constater une association négative entre le fait d'avoir déjà vu ou observé une femme allaiter et l'initiation de l'allaitement qui pourrait peut-être s'expliquer par une réaction négative des mères à ce qu'elles ont observé. Par exemple, les répondantes auraient pu observer des mères éprouvant des difficultés d'allaitement ou des mères allaitantes exposées aux regards dans un lieu public surtout en considérant que la majorité des répondantes ont rapporté que l'allaitement en public est difficile.

Le moment de la prise de décision d'allaiter exprime la motivation d'initier et de continuer à allaiter et a déjà été discuté dans la section 7.1.3. La motivation à poursuivre l'allaitement mesurée par la perception de la facilité ou non à allaiter, différencie aussi les mères qui continuent à allaiter de celles qui n'allaitent plus à trois mois et à six mois et différencie aussi les mères qui allaitent exclusivement pour trois mois de celles qui cessent avant (données non montrées). Cette variable est probablement influencée par l'expérience d'allaitement et la présence ou l'absence de difficultés pendant celle-ci[79,155].

Les études qualitatives démontrent que malgré l'idée préconçue que l'acte d'allaiter est naturel, cet acte n'est pas toujours aussi facile qu'on le croit et l'allaitement est, plus souvent qu'autrement, plus difficile que la mère le prévoit. Ce serait plutôt l'auto-efficacité de la mère, mesurée par la confiance de la mère en ses capacités à allaiter, qui serait associée à une plus longue durée de la période d'allaitement[90,153,156]. Dans le cas où une mère manque de confiance en ses habiletés à produire suffisamment de lait et à pouvoir répondre aux besoins de son bébé, les chances de réussite de l'allaitement sont moins bonnes. Ceci est bien démontré dans cette enquête par le nombre élevé de mères ayant cessé l'allaitement qui répondent qu'elles n'avaient pas suffisamment de lait ou que leur bébé n'était jamais satisfait, alors qu'en réalité, très peu de femmes sont incapables de produire suffisamment de lait[157]. En fait, l'insuffisance de lait ou la perception de celle-ci sont souvent mentionnées comme étant une cause importante de la cessation précoce de l'allaitement[22,34,72,81,90,131,144] difficilement solutionnée[33]. Il est toutefois reconnu que les études qui se penchent sur la raison de l'arrêt ont tendance à trop simplifier un phénomène qui s'avère être complexe[82,158-160] et que les réponses données par les mères pourraient refléter une rationalisation du problème de façon à ce qu'il devienne socialement acceptable[161].

7.2.2 Les facteurs facilitants

L'opinion des mères est presqu'unanime face aux barrières déjà bien identifiées dans la littérature, leur présence chez les participantes étant très élevée. Comme dans d'autres études, la majorité des mères croient que retourner travailler[143], participer aux activités sociales[33] et allaiter en public[33,34,143,162] rendent l'allaitement difficile. Pour leur part, les mères qui initient l'allaitement rapportent plus souvent que participer à des activités sociales facilite l'allaitement, mais cette perception ne différencie pas les mères qui initient l'allaitement exclusif de celles qui pratiquent l'allaitement prédominant ou additionné de compléments dès la naissance.

Par ailleurs, les facteurs facilitants sont, en général, moins bien reconnus et moins bien étudiés que les facteurs prédisposants. En effet, lorsque questionnées ouvertement sur les éléments qui rendraient l'allaitement facile ou difficile, les mères ont souvent nommé des facteurs autres que facilitants. Ce phénomène a été aussi constaté par une étude américaine ayant mesuré les facteurs qui rendent l'allaitement facile ou difficile chez un groupe de femmes enceintes. La plupart des facteurs nommés par les femmes étaient reliés aux avantages et surtout à la commodité de l'acte d'allaiter : peu de futures mères ont nommé des facteurs perçus comme étant facilitants et, plusieurs femmes n'ont pu en identifier[152].

De plus, les facteurs facilitants mesurés dans la présente étude ne démontrent pas une aussi grande démarcation que les facteurs prédisposants entre les mères qui initient et maintiennent l'allaitement, et celles qui ne l'initient pas ou qui le cessent prématurément. Les barrières étudiées faisant consensus chez toutes les répondantes sans les différencier, le besoin d'agir sur celles-ci est remis en question. Il est possible qui ce soit plutôt certaines caractéristiques psychosociales des mères qui les habilitent à surmonter ces barrières. Une étude ontarienne illustre bien ceci en démontrant que certains comportements proactifs et attributs personnels des femmes (dévouement à l'allaitement, confiance en soi) accompagnés du soutien obtenu d'autres femmes, permettent aux mères d'allaiter avec succès en public[162].

Quant à la capacité à surmonter les difficultés d'allaitement, elle ressort comme étant un important facteur facilitant du maintien de l'allaitement maternel. Il apparaît que les ressources internes des mères facilitent la poursuite de l'allaitement puisque la « démarche personnelle » est la ressource la plus souvent mentionnée pour résoudre les difficultés reliées à l'allaitement. Cette observation est liée au concept d'*empowerment* où la perception du succès d'un allaitement peut donner aux femmes un « pouvoir d'agir », car celles qui surmontent leurs difficultés et qui allaitent pour une longue période de temps ont une attitude positive face à l'allaitement, vivent une grande satisfaction, se sentent encouragées et veulent aider les autres[163]. Le succès de l'allaitement, à l'intérieur duquel la femme développe une habileté, l'aide à entrer en contact avec les autres et constitue une force majeure qui valorise la femme aussitôt qu'elle réalise ce dont elle est capable.

7.2.3 Les facteurs de renforcement

Peu d'études ont examiné le rôle du soutien face au maintien de l'allaitement. Plus souvent qu'autrement, ces études ont mesuré le degré d'influence de l'entourage sur la décision ou l'initiation de l'allaitement, sans mesurer une association quelconque avec la durée. Dans la présente étude, l'aide (avoir dit ou fait quelque chose) apportée par l'entourage personnel et professionnel ne semble pas être associée au maintien de l'allaitement. Une seule exception concerne le soutien apporté par le médecin traitant puisque les mères qui maintiennent l'allaitement à six mois semblent avoir été davantage aidées par ce dernier, tandis que la moitié des mères qui ont arrêté d'allaiter rapportent ne pas du tout avoir été aidées à continuer d'allaiter par leur médecin traitant. D'autres études vont dans le même sens et rapportent que les mères qui poursuivent l'allaitement mentionnent le médecin plus souvent que les autres intervenants comme étant une source d'aide, ou déclarent qu'elles l'ont trouvé aidant[34,72,143]. L'infirmière et l'intervenante d'un groupe d'entraide ainsi que le conjoint ont aussi beaucoup aidé les mères à continuer à allaiter, mais la perception de l'aide reçue de ces personnes ne différencie pas les mères qui continuent à allaiter de celles qui arrêtent plus précocement.

7.3 FORCES ET LIMITES

7.3.1 Prévalence de l'allaitement maternel – Étape 3

Limites

Certaines limites sont inhérentes aux études utilisant un rappel de données (*retrospective data recall*). Par exemple, parmi les trois périodes à l'étude, le biais de rappel pourrait être plus important pour la prévalence de l'allaitement à trois mois puisque les événements autour de la naissance sont plus ancrés dans la mémoire et ceux à six mois sont plus près du moment de l'entrevue. En outre, dans ce type de collecte de données rétrospectives où les mères sont questionnées sur le moment auquel elles ont cessé d'allaiter ou ont introduit d'autres aliments que le lait humain, les données obtenues ont tendance à être regroupées à certains âges du nourrisson[58,70], un problème moins présent avec l'utilisation d'un devis prospectif.

D'autre part, les prévalences des différents territoires de CLSC sont représentatives des naissances du mois de novembre 1999 puisque l'échantillonnage des mères a été fait par territoire de CLSC. Toutefois, comme le principal objectif de l'enquête était d'obtenir la prévalence de l'allaitement maternel pour la région de la Montérégie et que des contraintes de faisabilité ont empêché de viser un échantillon plus grand, la taille de l'échantillon a été établie pour obtenir une précision acceptable pour la région. Conséquemment, la précision des estimés des prévalences au niveau des territoires de CLSC est moins bonne (± 14 %). Pour les territoires de CLSC ayant peu de naissances annuelles, le nombre de femmes choisies était restreint même après avoir échantillonné toutes les femmes ayant accouché dans leur territoire pour le mois visé. Ceci résulte en des estimés de prévalences « instables » pour certains territoires de CLSC ainsi que pour l'hôpital Kateri Memorial, qui se manifestent par des intervalles de confiance encore plus grands.

Forces

Une des forces de cette étude demeure l'utilisation d'un modèle théorique qui guide la planification du programme. L'utilisation du modèle a permis de clarifier et de mieux détailler les différents comportements d'allaitement identifiés à l'étape 3. De plus, le fait d'avoir étudié l'initiation et le maintien de l'allaitement comme deux objets d'évaluation distincts renforce davantage l'étude. De même, une attention particulière a été portée à la définition et à la mesure des comportements et catégories d'allaitement et, par souci de s'assurer de la validité des réponses quant à la durée de l'allaitement exclusif, des questions supplémentaires ont été posées afin de déterminer avec le plus de précision possible le moment de l'arrêt de l'allaitement exclusif.

Un effort a été fait pour recruter toutes les mères échantillonnées. Le taux de non-réponse pour cette étape, de 13, 8 %, est inférieur au seuil de 15 % acceptable pour ce type d'enquête. De plus, la disponibilité des renseignements sur les non-répondantes permet d'évaluer s'il existe un problème de représentativité de l'échantillon final, entraîné par des différences entre les répondantes et non-répondantes. Peu d'études sur l'alimentation des nourrissons ont décrit de façon exhaustive les caractéristiques des non-répondantes. Pourtant, il a déjà été démontré que les non-répondantes sont plus semblables aux répondantes donnant des préparations lactées qu'à celles qui allaitent et qu'elles sont plus portées à être fumeuses, à provenir d'une classe socio-économique plus faible et à nourrir leur bébé avec des préparations lactées[164]. Ainsi, l'analyse faite dans la présente étude a permis de vérifier l'effet de la sous-représentation des mères plus défavorisées dans l'échantillon final, démontrant que les prévalences corrigées sont très semblables aux prévalences obtenues chez les répondantes.

7.3.2 Facteurs associés à la prévalence de l'allaitement maternel – Étape 4

Limites

L'approche utilisée pour l'étape 4 vise à mesurer la distribution de facteurs déjà reconnus comme causals ou prédicteurs et leur association avec la prévalence de l'allaitement maternel en Montérégie, afin de mieux planifier un programme de promotion de l'allaitement maternel. En effet, le devis utilisé et les analyses bivariées effectuées dans cette étape n'ont pas comme but de confirmer ou d'infirmer des liens causals ou prédictifs; ils ajoutent plutôt de l'information sur les associations entre les facteurs étudiés et l'initiation et le maintien de l'allaitement maternel dans la région.

Par exemple, une limite importante du devis est reliée à la temporalité dans la mesure des variables. Les facteurs ont été mesurés à six mois lors du contact téléphonique et c'est pourquoi les associations observées avec la prévalence de l'allaitement à la naissance et à trois mois doivent être interprétées avec prudence surtout quant aux facteurs psychosociaux (ex : connaissances, croyances, etc.) qui peuvent changer dans le temps selon l'expérience d'allaitement. De même, le devis étant transversal, on ne peut pas s'assurer qu'un facteur donné a précédé le changement du comportement d'allaitement, même dans le cas des associations à six mois. Par contre, les facteurs mesurés par des questions demandant aux mères leurs perceptions avant l'accouchement (ex : qui leur avait conseillé ou déconseillé d'allaiter) ou les facteurs restant stables dans le temps (variables sociodémographiques), posent moins de problèmes dans l'interprétation des associations avec la prévalence de l'allaitement. De plus, le taux de non-réponse de

18,2 %, supérieur au taux estimé de 15 %, risque de compromettre davantage la représentativité du sous-échantillon utilisé pour cette étape.

Forces

Comme pour les comportements de l'étape 3, le choix et la classification des facteurs de l'étape 4 ont aussi été guidés par un modèle théorique. Malgré la nature quantitative de la présente enquête, l'identification des facteurs à l'étude a été basée sur une revue de la littérature, sur l'opinion d'experts dans le domaine et sur une étude pilote auprès des mères montérégiennes. Une attention particulière a aussi été portée à la définition et à la catégorisation des facteurs. Évidemment, l'identification des facteurs et une compréhension approfondie de ces derniers seraient enrichies par des études incorporant à la fois des méthodologies quantitatives et qualitatives.

Les données disponibles sur la distribution des facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement parmi les mères montérégiennes et la force de leur association avec la prévalence de l'allaitement fourniront des pistes précieuses pour la priorisation des ces facteurs selon leur importance et la capacité d'intervenir sur ceux-ci, tel que proposé par Green et Kreuter[9].

8. PISTES DE RÉFLEXION POUR L'INTERVENTION

8.1 RÉFLEXIONS POUR L'INTERVENTION

En Montérégie, 80 % des mères initient l'allaitement maternel, une prévalence plus qu'acceptable dans le contexte provincial et canadien. Même s'il est aussi encourageant de constater que les participantes ayant fourni une durée précise disent vouloir allaiter en moyenne jusqu'à six mois, ces objectifs d'allaitement sont encore loin des prises de position québécoises, canadiennes et internationales qui recommandent l'allaitement exclusif jusqu'à six mois[6,7,54,118-121] et l'allaitement total jusqu'à au moins la première[4,54] ou la deuxième[5-7,46,118-121,165] année de vie de l'enfant. La chute rapide de l'allaitement total et exclusif durant la période critique des premières semaines et des premiers mois de vie de l'enfant demande qu'une réflexion soit faite par toutes les instances impliquées auprès des mères et des familles. Notre réflexion découle des résultats fournis par la présente étude et d'une revue de la littérature sur le sujet.

LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Les résultats observés sont-ils le reflet d'un écart important entre les objectifs des mères et ceux des professionnels de la santé avec qui elles interagissent? Se pourrait-il que le but de plusieurs mères soit d'avoir un bébé satisfait qui grossit bien, tandis que celui des professionnels de la santé soit d'obtenir le plus de bénéfices possibles pour la santé du bébé à long terme au moyen d'une nutrition optimale ? Si les mères perçoivent que l'approche du professionnel est « centrée sur l'allaitement » plutôt que « centrée sur la femme », la divergence qui en résulte peut donner naissance à une insatisfaction au niveau de la communication[166] et se répercuter dans la relation de confiance. Le défi est de rapprocher les objectifs des professionnels de la santé de ceux des mères tout en permettant à celles-ci de maintenir leur capacité à prendre une décision éclairée sur l'alimentation de leur nourrisson. En effet, les femmes préfèrent prendre le contrôle et la responsabilité de cette décision[166] et, en établissant une bonne relation de confiance, les professionnels de la santé peuvent les aider à ce que cette décision soit prise de la façon la plus éclairée possible.

Pour ce faire, les professionnels de la santé ont traditionnellement mis l'emphase sur les bienfaits du lait maternel et de l'allaitement sur la santé de la mère et du nourrisson. Les déficiences notées au niveau des connaissances dans la présente étude, justifient la présence de ces informations en tant qu'ingrédient primordial du counseling prénatal. Pour certaines femmes indécises, des informations justes et pertinentes peuvent même faire pencher la balance en faveur de l'allaitement. L'importance d'inclure dans le counseling plus de renseignements sur les aspects pratiques de l'allaitement (la commodité des tétées de nuit, l'intégration du père, le coût moindre, les solutions simples aux difficultés, etc.) plutôt que de s'appuyer seulement sur les effets positifs de l'allaitement sur la santé[153,167], est de plus en plus reconnue. Pour favoriser le rapprochement entre les professionnels de la santé et les mères, il faut que les professionnels explorent l'historique personnel de la mère (*patient historical evidence*)[168] ainsi que les sources de plaisir et les émotions qu'elle ressent[18], car ils exercent une influence importante sur l'adoption par les mères de recommandations fondées sur des données probantes.

L'effet positif de décider tôt d'allaiter sur la durée de l'allaitement requiert un counseling en faveur de l'allaitement qui débute aussitôt que la femme enceinte entre en contact avec le professionnel de la santé. Ce counseling devrait continuer de façon systématique à chaque contact. D'ailleurs, le counseling fait par le médecin constitue une recommandation A dans le *Guide canadien sur l'examen médicale périodique*[169]. Il existe aussi des preuves indiquant que ces interventions prénatales ne devraient pas se restreindre au milieu clinique, mais s'étendre aussi aux suivis individuels des clientèles vulnérables et aux rencontres de groupe sur l'allaitement animées par des professionnels ou des bénévoles[170,171].

Un autre élément dont il faut tenir compte dans le processus de la prise de décision sur le mode d'alimentation du bébé concerne l'information véhiculée à grande échelle par les médias et l'industrie manufacturière des préparations lactées pour nourrissons. Par exemple, les bienfaits de l'allaitement et les risques de l'alimentation avec des préparations lactées sont carrément absents dans la couverture médiatique. L'acte d'allaiter est plutôt affiché comme étant gênant, problématique et associé aux personnalités célèbres ou à un statut favorisé, tandis que les médias présentent l'alimentation au biberon comme étant socialement intégré et bien accepté, visible et associé à la population en général[172].

Pour leur part, les fabricants de préparations lactées présentent souvent leurs produits comme étant équivalents ou presque au lait humain. Ils remettent donc en question la nette supériorité du lait maternel sur tous les autres genres de lait ou d'aliments et le fait que la protection conférée par l'allaitement soit reliée à son exclusivité. Pour entrer en compétition avec un produit d'une telle supériorité, les fabricants des préparations lactées nécessitent l'aval des professionnels de la santé pour faire la promotion de leurs produits[11,173,174].

Pourtant, même si les professionnels de la santé sont généralement conscients des stratégies de marketing utilisées auprès de la population par les fabricants, ils ne réalisent pas que ceux-ci comptent sur eux pour faire le marketing de leurs produits auprès de leur clientèle[11]. Les professionnels doivent intégrer le concept de la supériorité du lait maternel et mettre en place, dans leur pratique, des actions pour contrecarrer les messages véhiculés par les fabricants de préparations lactées et ce, en respectant le *Code* (éviter de faire la promotion de préparations lactées lors des rencontres de groupe, ne pas distribuer ou afficher des articles promotionnels ou d'échantillons provenant des fabricants de préparations lactées, etc.). Les professionnels de la santé ont aussi un pouvoir de changement en utilisant des actions à caractère politique dans leur propre établissement ainsi qu'auprès des autorités sanitaires locales, régionales ou provinciales (s'impliquer dans la diffusion de recommandations qui demandent le respect du *Code*, faire du lobbying auprès des autorités pour qu'elles émettent des politiques qui assurent le respect du *Code*, etc.).

Une fois que la décision d'allaiter est prise par les mères, il faut les soutenir dans l'atteinte de l'objectif d'allaitement qu'elles se sont fixé[illegible]. Un facteur facilitant l'atteinte de cet objectif est la capacité des mères à résoudre par elles-mêmes leurs difficultés d'allaitement. Aussi, il ne faut pas négliger son importance. En soutenant leur propre habileté de résolution de problèmes, on rehausse leur sentiment de compétence[illegible]. Toute action favorisant l'empowerment est encourageable et ce, surtout au cours de la période critique après la naissance ; elles aideront les mères à faire de l'allaitement une expérience positive et à éviter son abandon prématuré et involontaire. En fait, des études qualitatives sur le sujet documentent les implications à court et à long terme d'un « échec d'allaitement » pour la mère et son enfant[illegible]. Pour certaines mères, le fait de ne pas pouvoir allaiter entraîne une détresse émotive importante[illegible] et ces mères devraient recevoir de l'aide afin de faire le point sur l'expérience vécue[illegible]. Également, une expérience

d'allaitement positive n'a pas d'importance que pour le bien-être de la mère. Elle a aussi un effet sur la famille et le réseau social puisqu'un vécu négatif sera transmis à l'entourage ce qui peut résulter en de faibles prévalences de l'allaitement chez certains groupes culturels et socioéconomiques[156].

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

En présence d'une initiation accrue de l'allaitement en Montérégie, les mères doivent avoir l'occasion d'assumer la décision d'allaiter sans être découragées par leurs interactions avec le réseau de la santé ou l'environnement. Pour contribuer à une expérience d'allaitement positive, les établissements devraient implanter des pratiques de soins favorables préconisées par l'IAB. L'adoption de pratiques favorisant l'allaitement, combinées avec un soutien professionnel adéquat, contribuent à l'établissement et au maintien d'une bonne production de lait maternel et au renforcement du sentiment de compétence chez la mère ce qui permet d'éviter les difficultés d'allaitement. En effet, plusieurs études scientifiques démontrent l'efficacité de l'implantation des *Dix conditions* et du respect du *Code* pour augmenter l'initiation, la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel[66,67,85,86,89,170], ainsi que pour améliorer la qualité des soins dispensés aux mères, qu'elles allaitent ou non.

De plus, en présence d'un abandon important de l'allaitement dans les premières semaines suivant à la naissance, le lien entre l'hôpital et les acteurs dans la communauté prend une importance primordiale et ils doivent s'assurer que tous les services dont ils sont responsables s'inscrivent dans un continuum de soins, préférablement formalisé par des ententes interétablissements. Pour répondre à ce besoin de complémentarité, une collaboration étroite entre les centres hospitaliers, les médecins en cabinet, les CLSC et les groupes d'entraide à l'allaitement est nécessaire pour définir les rôles et les responsabilités de chacun, pour établir des mécanismes de référence clairs et pour harmoniser les informations transmises d'un service à l'autre.

La présence de programmes de soutien postnatal efficaces dans la communauté constitue un élément clé pour augmenter la durée de l'allaitement. Ces programmes offerts en général par les CLSC (visites ou rencontres postnatales, cliniques du nourrisson et haltes allaitement) et les groupes d'entraide à l'allaitement (contacts téléphoniques, visites à domicile, haltes allaitement), en complémentarité avec le suivi pédiatrique assuré par les médecins, sont importants pour soutenir les mères. Durant la période critique suivant à la naissance, ces services doivent être rapidement accessibles, surtout dans le contexte du congé précoce. Par exemple, les visites systématiques faites par une infirmière du CLSC devraient avoir lieu dans les premières journées suivant le retour à la maison et dans le cas où celles-ci ne seraient pas indiquées ou voulues, une visite précoce (par exemple, à une semaine de vie) au bureau du médecin devrait être prévue.

En Montérégie, peu de mères (30 %) ont contacté un groupe d'entraide à l'allaitement dans les six mois suivant la naissance. Le niveau désirable d'utilisation des groupes d'entraide n'est pas établi mais il est démontré que le soutien par les pairs est efficace pour augmenter la durée de l'allaitement exclusif[illegible]. Il est donc important que leur rôle dans le soutien de l'allaitement soit reconnu et que leurs services soient plus utilisés par les établissements et par les professionnels de la santé oeuvrant dans la communauté. Par ailleurs, il faut ajouter au soutien apporté par les professionnels et les intervenantes des groupes d'entraide à l'allaitement, celui des membres de l'entourage personnel de la mère. Ces derniers doivent aussi faire partie du groupe ciblé par les programmes et les services mis en place par le réseau de la santé et la communauté[illegible] pour qu'ils contribuent au renforcement du comportement d'allaitement.

IDENTIFICATION DES GROUPES PARTICULIERS

Les résultats de cette étude apportent des pistes intéressantes permettant d'identifier certains groupes devant être ciblés lors de la planification des interventions régionales et locales. Par exemple, les différences dans les prévalences de l'allaitement documentées parmi les groupes socioéconomiques renforcent la notion que les programmes doivent cibler spécifiquement, en plus de la population en général, les femmes et les familles dans des situations de vulnérabilité surtout à cause de leur sous-scolarisation et de leur très faible revenu. L'importance de réaliser un arrimage entre les programmes d'allaitement et ceux visant la clientèle vulnérable et à risque (PSJP, NEGS, stimulation précoce, etc.) devient alors évidente. Le besoin d'identifier ces groupes justifierait l'utilisation systématique d'outils de dépistage qui permettraient de reconnaître les mères à risque d'un échec d'allaitement.

D'autre part, les différences dans la prévalence de l'allaitement selon le statut tabagique indiquent que le rôle du tabac dans l'atteinte des objectifs d'allaitement n'est pas négligeable puisqu'environ un quart des mères dans les pays industrialisés qui allaitent, fument[81,142,180]. Lors du choix des interventions efficaces, la relation entre ces deux comportements ne doit surtout pas être oubliée. L'aide à la cessation du tabagisme chez les femmes enceintes et les mères qui allaitent devrait contribuer à augmenter l'initiation, la durée et l'exclusivité de l'allaitement[77].

Un autre groupe qu'il faut cibler est celui des mères qui prévoient réintégrer le marché du travail. Le retour au travail représente une barrière importante pour les mères montérégiennes et les difficultés perçues et réelles qu'elles rencontrent en tentant de concilier le travail et l'allaitement sont de plus en plus reconnues. Il est probable que la prolongation du congé parental jusqu'à un an aura un effet positif sur la durée de l'allaitement total et surtout, sur celle de l'allaitement exclusif. Toutefois, il faut créer des environnements favorables à l'allaitement[illegible] (environnement de travail sain, garderie sur le lieu de travail, pause allaitement rémunérée, lieux hygiéniques pour extraire et entreposer le lait, etc.) pour les mères qui doivent ou qui veulent retourner au travail ou aux études avant un an et pour celles qui désirent continuer à allaiter plus longtemps qu'un an. Dans le contexte actuel de pénurie de services de garde à contribution réduite, il faut aussi être conscient que cette situation encourage une séparation mère-enfant précoce puisque les mères sont parfois dans l'obligation d'envoyer leur enfant au service de garde pour assurer sa place même si le retour au travail ne se fait que plus tard ce qui peut nuire au maintien de l'allaitement.

8.2 RETOMBÉES POUR LA PLANIFICATION DU PROGRAMME RÉGIONAL POUR L'ALLAITEMENT MATERNEL

[illegible]

[illegible]

était de 56 %, 44 % et de 32 % en 2000) et; 3) que d'ici 2006, 40 %, 30 % et 10 % des mères pratiquent l'allaitement exclusif pour 2, 4 et 6 mois de vie de l'enfant (32 %, 16 % et de 1 % le pratiquaient en 2000).

L'atteinte des objectifs exige la mise en œuvre de différentes actions à divers niveaux. Ainsi, le plan d'action 2003-2004 interpelle plusieurs partenaires et vise à assurer un soutien dans la mise en place de mécanismes de concertation régionale et locale. Il propose également des moyens concrets et mesurables permettant de soutenir l'implantation de l'IHAB/IAB dans les milieux respectifs. Dans le plan d'action montérégien, un cadre logique[15] situe les trois cibles d'action prioritaires (l'adhésion à l'IHAB/IAB, les changements de pratiques des professionnels et des intervenants et la chaîne de soins *amis des bébés*) en lien avec la stratégie (IHAB/IAB) et les composantes du programme (la protection, le soutien et la promotion de l'allaitement).

CONCLUSION

L'allaitement maternel est une mesure essentielle de santé publique qui apporte des bienfaits aux nourrissons, aux mères et aux familles. Dans ce contexte, il est encourageant de constater que 80 % des mères montérégiennes initient l'allaitement maternel. Cette longueur d'avance à la naissance perd rapidement du terrain avec une baisse rapide de la prévalence de l'allaitement au cours des premiers mois de vie. Par ailleurs, très peu de femmes montérégiennes suivent les recommandations face à l'allaitement exclusif. Afin de retirer le maximum de bénéfices pour les familles et d'améliorer la santé de la population montérégienne, nous devons concerter les efforts menés par les autorités de santé publique, les professionnels de la santé, les intervenantes du milieu communautaire, les mères et leurs familles.

Nous espérons que les résultats découlant de cette étude contribueront à la mise en place d'un processus de planification logique, basé sur un modèle, tant au niveau régional que local. Nous souhaitons que cette information permettra, en s'ajoutant aux connaissances déjà acquises, d'implanter des interventions qui faciliteront non seulement l'atteinte des objectifs de santé publique en matière d'allaitement, mais plus encore, à aider les mères à allaiter avec succès aussi longtemps qu'elles le désirent.

BIBLIOGRAPHIE

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Des priorités nationales de Santé publique 1997-2002,* Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec, 1997, 103 p.
2. UNICEF. *Innocenti Declaration: On the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding,* UNICEF, 1990, http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm (29 août 2003).
3. UNICEF/ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Les Règles Mondiales de l'Initiative OMS/UNICEF pour des Hôpitaux Amis des Bébés - 1 -,* New York, 1992, 6 p.
4. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. « Breastfeeding and the use of human milk. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding », *Pediatrics*, vol. 100, n° 6, 1997, p. 1035-1039.
5. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, LES DIÉTÉTISTES DU CANADA et SANTÉ CANADA. *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé,* Ottawa, Ministre des travaux publiques et des Services gouvernementaux, 1998, 55 p.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The optimal duration of exclusive breastfeeding - Report of an expert consultation,* Geneva, Department of Nutrition for Health and Development, Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization, 2001, 6 p.
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Infant and young child nutrition,* Geneva, Fifty-fourth World Health Assembly, 2001, 4 p.
8. ROCHELEAU, L., L. N. HAIEK et J. LAGUE. *Protection, soutien et promotion de l'allaitement maternel en Montérégie,* Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1997, 11 p.
9. GREEN, L. W. et M. W. KREUTER. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*, Mountain View, Mayfield Publishing Company, 1991, 506 p.
10. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel,* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1981, 38 p.
11. ARMSTRONG, H. et E. SOKOL. *The International Code of Marketing of breastmilk Substitutes: What it means for mothers and babies world-wide*, International Lactation Consultant Association, 2001, 42 p.
12. UNICEF/ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Conduite pratique et encouragement de l'allaitement maternel dans un hôpital ami des bébés - Formation de 18 heures destinée au personnel des maternités*, New York, 1994, 186 p.
13. GAUTHIER, D. L., L. N. HAIEK, L. ROCHELEAU et autres. *L'allaitement maternel - Formation de base. Trousse à l'intention des intervenants œuvrant en périnatalité.* Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2002.
14. GAUTHIER, D. L., L. N. HAIEK et L. ROCHELEAU. *L'allaitement maternel - Formation de base. Document du participant*, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2002, 88 p.

15. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE. *Programme régional pour l'allaitement maternel de la Montérégie 2003-2006. Plan d'action 2003-2004,* Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2003, 21 p.

16. ROCHELEAU, L. *Projet Ensemble vers une culture d'allaitement 2000-2003,* Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2000, 9 p.

17. SANTÉ CANADA. *Programme d'action communautaire: volet nutrition prénatale. Guide du requérant,* Ottawa, Santé Canada, 1995, 12 p.

18. GROULX, S., A. MAÂROUFI, L. HAIEK et autres. *Promotion de la prévention clinique (PPC). Un projet de promotion des pratiques préventives démontrées efficaces auprès des médecins de première ligne de la Montérégie, Québec,* Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2001, 71 p.

19. GROULX, S., A. MAÂROUFI, L. HAIEK et autres. *Vendre la prévention ? Mission possible ! / To sell prevention ? Mission possible !: Résumé bilingue du projet Promotion de la prévention clinique,* Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2001, 28 p.

20. BARBER, C. M., T. ABERNATHY, B. STEINMETZ et autres. « Using a breastfeeding prevalence survey to identify a population for targeted programs », *Can J Public Health*, vol. 88, nº 4, 1997, p. 242-245.

21. BEAUDRY, M. et L. AUCOIN-LARADE. « Who breastfeeds in New Brunswick, when and why? », *Can J Public Health*, vol. 80, nº 3, 1989, p. 166-172.

22. BOURGOIN, G. L., N. R. LAHAIE, B. A. RHEAUME et autres. « Factors influencing the duration of breastfeeding in the Sudbury region », *Can J Public Health*, vol. 88, nº 4, 1997, p. 238-241.

23. MATTHEWS, M. K., K. WEBBER, E. MCKIM et autres. « Infant feeding practices in Newfoundland and Labrador », *Can J Public Health*, vol. 86, nº 5, 1995, p. 296-300.

24. MATTHEWS, K., K. WEBBER, E. MCKIM et autres. « Maternal infant-feeding decisions: reasons and influences », *Can J Nurs Res*, vol. 30, nº 2, 1998, p. 177-198.

25. MCNALLY, E., S. HENDRICKS et I. HOROWITZ. « A look at breast-feeding trends in Canada (1963-1982) », *Can J Public Health*, vol. 76, nº 2, 1985, p. 101-107.

26. NOLAN, L. et V. GOEL. « Sociodemographic factors related to breastfeeding in Ontario: results from the Ontario Health Survey », *Can J Public Health*, vol. 86, nº 5, 1995, p. 309-312.

27. WILLIAMS, P. L., S. M. INNIS et A. M. VOGEL. « Breastfeeding and weaning practices in Vancouver », *Can J Public Health*, vol. 87, nº 4, 1996, p. 231-236.

28. WILLIAMS, P. L., S. M. INNIS, A. M. VOGEL et autres. « Factors influencing infant feeding practices of mothers in Vancouver », *Can J Public Health*, vol. 90, nº 2, 1999, p. 114-119.

29. DORÉ, N., M. C. LEPAGE et G. CARIGNAN. *Étude sur la prévalence de l'allaitement maternel (0-6 mois), sur les pratiques hospitalières à la naissance et sur la satisfaction des services reçus pour la pratique de l'allaitement maternel par les mères de la région de Québec. Résultats partiels et préliminaires,* Beauport, Québec, Direction de la santé publique de Québec, 1999, 6 p.

30. CATLIN, G. et P. WILL. *Enquête nationale sur la santé de la population: premiers faits saillants,* Rapports sur la santé, 4, 1992, p.

31. STATISTIQUE CANADA ET DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA. *Enquête longitudinale nationale sur les enfants: matériel d'enquête pour la collecte des données de 1994-1995, cycle 1,* Ottawa, Statistique Canada, 1995.

32. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *« En 2001... J'aurai 5 ans!» Enquête auprès des bébés de 5 mois (Rapport préliminaire)*, Québec, Gouvernement du Québec, 1999, p.

33. LEPAGE, M. C. et J. MOISAN. *Étude sur l'alimentation du nourrisson chez des femmes primipares du Québec*, Beauport, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 1998, 171 p.

34. LEPAGE, M. C., N. DORÉ et G. CARIGNAN. *Étude sur l'alimentation du nourrisson et sur l'utilité des services en périnatalité pour la pratique de l'allaitement - région de Québec*, Beauport, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2000, 85 p.

35. GRÉGOIRE, J. et M. C. BÉLANGER. *Prévalence de l'allaitement maternel en Chaudière-Appalaches*, Sainte-Marie, Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation Chaudière-Appalaches, 2001, 79 p.

36. DUMAS, L. et M. C. LEPAGE. *Étude des facteurs de décision et de persistance à l'allaitement maternel dans la région de l'Outaouais suite à une action de concertation régionale*, Hull, Université du Québec à Hull et Unité de périnatalité du Centre Hospitalier des Vallées de l'Outaouais, 1999, 82 p.

37. GOULET, L., D. D'AMOUR, J.-F. LABADIE et autres. *Évaluation de l'impact des modalités de suivi postnatal sur la mère et le nouveau-né dans le contexte du congé précoce en obstétrique*, Montréal, Université de Montréal, 2001, 24 p.

38. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Gouvernement du Québec, 2000, 52 p.

39. BELL, L., D. ST-CYR TRIBBLE et D. PAUL. *Étude du taux, de la durée et de certains facteurs impliqués dans la poursuite de l'allaitement maternel chez les femmes accouchant au CUSE*, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, Direction de santé publique de l'Estrie et le Centre Universitaire de santé de l'Estrie, 1999, 45 p.

40. BELL, L., D. ST-CYR-TRIBBLE et D. PAUL. « Le point sur l'allaitement maternel en Estrie », *L'infirmière du Québec*, vol. Sept-Oct, 2001, p. 12-22.

41. FORTIN, L., H. VALENTINI et U. TRAN. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 : vers l'atteinte des résultats attendus : 1e bilan*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 146 p.

42. FORTIN, L. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 : vers l'atteinte des résultats attendus : 2e bilan*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 203 p.

43. PATRY, P. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 : vers l'atteinte des résultats attendus : 3e bilan*, Québec, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 232 p.

44. KRAMER, M. *Clinical epidemiology and biostatistics*, New York, 1988, 286 p.

45. GRAY-DONALD, K. et M. S. KRAMER. « Causality inference in observational vs. experimental studies. An empirical comparison », *Am J Epidemiol*, vol. 127, nº 5, 1988, p. 885-892.

46. KRAMER, M. S. et R. KAKUMA. *Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review)*, 2002, http://www.update-software.com/abstracts/ab003517.htm (29 janvier 2003).

47. GRAY-DONALD, K., M. S. KRAMER, S. MUNDAY et autres. « Effect of formula supplementation in the hospital on the duration of breast-feeding: a controlled clinical trial », *Pediatrics*, vol. 75, nº 3, 1985, p. 514-518.

48. KRAMER, M. S., R. G. BARR, S. DAGENAIS et autres. « Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial », *Jama*, vol. 286, nº 3, 2001, p. 322-326.

49. SCOTT, J. A. et C. W. BINNS. « Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature », *Breastfeed Rev*, vol. 7, nº 1, 1999, p. 5-16.

50. RENAUD, L. et M. GOMEZ ZAMUDIO. *Planifier pour mieux agir*, Montréal, Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS), 1998, 154 p.

51. HAIEK, L. N., D. BROSSEAU, D. L. GAUTHIER et autres. *Initiative des hôpitaux amis des bébés. Étude sur le niveau d'implantation en Montérégie*, Longueuil, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2003, 114 p.

52. COMITÉ CANADIEN POUR L'ALLAITEMENT. *L'Initiative des amis des bébés dans la communauté - Le plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement en santé communautaire*, Toronto, Comité canadien pour l'allaitement, 1999, 6 p.

53. BREASTFEEDING COMMITTEE FOR CANADA. *The Baby-Friendly Initiative in community health services: a Canadian implementation guide*, Toronto, The Breastfeeding Committee for Canada, 2002, 85 p.

54. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'allaitement maternel au Québec - Lignes directrices*, Québec, Ministère de la Santé et des services Sociaux de Québec, 2001, 75 p.

55. BROSSEAU, D. et N. THIBAULT. *Diagnostic éducationnel et organisationnel sur l'initiation et la durée de l'allaitement maternel chez les mères de la Montérégie*, Montréal, Université de Montréal, 1999, 44 p.

56. CATTANEO, A., R. DAVANZO et L. RONFANI. « Are data on the prevalence and duration of breastfeeding reliable? The case of Italy », *Acta Paediatr*, vol. 89, nº 1, 2000, p. 88-93.

57. CATTANEO, A., G. BORGNOLO et G. SIMON. « Breastfeeding by objectives », *Eur J Public Health*, vol. 11, nº 4, 2001, p. 397-401.

58. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Indicators for assessing breastfeeding practices*, Geneva, WHO, Division of Diarrhea and Acute Respiratory Disease Control, 1991, 11 p.

59. COFFIN, C. J., M. LABBOK et M. BELSEY. « Breastfeeding definitions », *Contraception*, vol. 55, 1997, p. 323-325.

60. LABBOK, M. H., M. BELSEY et C. J. COFFIN. « A call for consistency in defining breast-feeding », *Am J Public Health*, vol. 87, nº 6, 1997, p. 1060-1061.

61. LABBOK, M. H. et C. J. COFFIN. « A call for consistency in definition of breastfeeding behaviors », *Soc Sci Med*, vol. 44, nº 12, 1997, p. 1931-1932.

62. WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNICEF. *Indicators for assessing health facilities practices that affect breastfeeding*, Geneva, World Health Organization, 1992, 32 p.

63. ARIFEEN, S., R. E. BLACK, G. ANTELMAN et autres. « Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka slums », *Pediatrics*, vol. 108, nº 4, 2001, p. E67.

64. MONDAL, S. K., P. G. GUPTA, D. N. GUPTA et autres. « Occurrence of diarrhoeal diseases in relation to infant feeding practices in a rural community in West Bengal, India », *Acta Paediatr*, vol. 85, nº 10, 1996, p. 1159-1162.

65. KRAMER, M. S., B. CHALMERS, E. D. HODNETT et autres. « Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a cluster- randomized trial in the Republic of Belarus. Design, follow-up, and data validation », *Adv Exp Med Biol*, vol. 478, 2000, p. 327-345.

66. KRAMER, M. S., B. CHALMERS, E. D. HODNETT et autres. « Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus », *Jama*, vol. 285, nº 4, 2001, p. 413-420.

67. CATTANEO, A. et R. BUZZETTI. « Effect on rates of breast feeding of training for the baby friendly hospital initiative », *Bmj*, vol. 323, nº 7325, 2001, p. 1358-1362.

68. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global data bank on breastfeeding*, 2002, http://www.who.int/nut/db_bfd.htm (24 avril 2003).

69. AARTS, C., E. KYLBERG, A. HORNELL et autres. « How exclusive is exclusive breastfeeding? A comparison of data since birth with current status data », *Int J Epidemiol*, vol. 29, nº 6, 2000, p. 1041-1046.

70. ZOHOORI, N., B. M. POPKIN et M. E. FERNANDEZ. « Breast-feeding patterns in the Philippines: a prospective analysis », *J Biosoc Sci*, vol. 25, nº 1, 1993, p. 127-138.

71. COMITÉ RÉGIONAL POUR L'ALLAITEMENT MATERNEL DE LA MONTÉRÉGIE. *Plan d'action régional - Programme régional pour l'allaitement maternel de la Montérégie*, Longueuil, Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1998, 8 p.

72. BERGEMAN, J., E. MISSKEY et D. THOMPSON. « An overview of breastfeeding practices in three Saskatchewan health regions », *Journal of the Canadian Dietetic Association*, vol. 40, nº 3, 1979, p. 236-240.

73. SCOTT, J. A., M. C. LANDERS, R. M. HUGHES et autres. « Psychosocial factors associated with the abandonment of breastfeeding prior to hospital discharge », *J Hum Lact*, vol. 17, nº 1, 2001, p. 24-30.

74. GOODINE, L. A. et P. A. FRIED. « Infant feeding practices: pre- and postnatal factors affecting choice of method and the duration of breastfeeding », *Can J Public Health*, vol. 75, nº 6, 1984, p. 439-444.

75. SCOTT, J. A., I. AITKIN, C. W. BINNS et autres. « Factors associated with the duration of breastfeeding amongst women in Perth, Australia », *Acta Paediatr*, vol. 88, nº 4, 1999, p. 416-421.

76. SHEEHAN, D., P. KRUEGER, S. WATT et autres. « The Ontario Mother and Infant Survey: breastfeeding outcomes », *J Hum Lact*, vol. 17, nº 3, 2001, p. 211-219.

77. O'CAMPO, P., R. R. FADEN, A. C. GIELEN et autres. « Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal interventions », *Birth*, vol. 19, nº 4, 1992, p. 195-201.

78. VESTERMARK, V., C. K. HOGDALL, G. PLENOV et autres. « The duration of breast-feeding. A longitudinal prospective study in Denmark », *Scand J Soc Med*, vol. 19, nº 2, 1991, p. 105-109.

79. MONGEON, M. et R. ALLARD. « Essai contrôlé d'un soutien téléphonique régulier donné par une bénévole sur le déroulement et l'issue de l'allaitement », *Can J Public Health*, vol. 86, nº 2, 1995, p. 124-127.

80. VOGEL, A. M. et E. A. MITCHELL. « The establishment and duration of breastfeeding. Part 2: Community influences », *Breastfeed Rev*, vol. 6, nº 1, 1998, p. 11-16.

81. DENNIS, C. L. « Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review », *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, vol. 31, nº 1, 2002, p. 12-32.

82. MC LEAN, H. M. « Women's experience of breastfeeding: a much needed perspective », *Health Promotion*, vol. 3, nº 4, 1989, p. 361-370.

83. LOISELLE, C. G., S. E. SEMENIC, B. COTE et autres. « Impressions of breastfeeding information and support among first-time mothers within a multiethnic community », *Can J Nurs Res*, vol. 33, nº 3, 2001, p. 31-46.

84. MARTENS, P. J., S. J. PHILLIPS, M. S. CHEANG et autres. « How Baby-Friendly are Manitoba hospitals? The Provincial Infant Feeding Study. Breastfeeding Promotion Steering Committee of Manitoba », *Can J Public Health*, vol. 91, nº 1, 2000, p. 51-57.

85. DIGIROLAMO, A. M., L. M. GRUMMER-STRAWN et S. FEIN. « Maternity care practices: implications for breastfeeding », *Birth*, vol. 28, nº 2, 2001, p. 94-100.

86. PHILIPP, B. L., A. MEREWOOD, L. W. MILLER et autres. « Baby-friendly hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting », *Pediatrics*, vol. 108, nº 3, 2001, p. 677-681.

87. BLOMQUIST, H. K., F. JONSBO, F. SERENIUS et autres. « Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding », *Acta Paediatr*, vol. 83, nº 11, 1994, p. 1122-1126.

88. FALDELLA, G., A. DI COMITE, E. MARCHIANI et autres. « Breastfeeding duration and current neonatal feeding practices in Emilia Romagna, Italy », *Acta Paediatr Suppl*, vol. 88, nº 430, 1999, p. 23-26.

89. WRIGHT, A., S. RICE et S. WELLS. « Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding », *Pediatrics*, vol. 97, nº 5, 1996, p. 669-675.

90. HILL, P. D. « Predictors of breast-feeding duration among WIC and non-WIC mothers », *Public Health Nurs*, vol. 8, nº 1, 1991, p. 46-52.

91. CAVALLO, M. G., D. FAVA, L. MONETINI et autres. « Cell-mediated immune response to beta casein in recent-onset insulin-dependent diabetes: implications for disease pathogenesis », *Lancet*, vol. 348, nº 9032, 1996, p. 926-928.

92. GERSTEIN, H. C. « Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature », *Diabetes Care*, vol. 17, nº 1, 1994, p. 13-19.

93. GOLDMAN, A. S. « The immune system of human milk: antimicrobial, antiinflammatory and immunomodulating properties », *Pediatr Infect Dis J*, vol. 12, nº 8, 1993, p. 664-671.

94. MAYER, E. J., R. F. HAMMAN, E. C. GAY et autres. « Reduced risk of IDDM among breast-fed children. The Colorado IDDM Registry », *Diabetes*, vol. 37, nº 12, 1988, p. 1625-1632.

95. SCHATZ, D. A. et N. K. MACLAREN. « Cow's milk and insulin-dependent diabetes mellitus. Innocent until proven guilty », *Jama*, vol. 276, nº 8, 1996, p. 647-648.

96. LEON-CAVA, N., C. LUTTER, J. ROSS et autres. *Quantifying the benefits of breastfeeding: A summary of the evidence,* Washington, Pan American Health Organization, 2002, 168 p.

97. LOPEZ-ALARCON, M., S. VILLALPANDO et A. FAJARDO. « Breast-feeding lowers the frequency and duration of acute respiratory infection and diarrhea in infants under six months of age », *J Nutr*, vol. 127, nº 3, 1997, p. 436-443.

98. WILSON, A. C., J. S. FORSYTH, S. A. GREENE et autres. « Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study », *Bmj*, vol. 316, nº 7124, 1998, p. 21-25.

99. DUNCAN, B., J. EY, C. J. HOLBERG et autres. « Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media », *Pediatrics*, vol. 91, nº 5, 1993, p. 867-872.

100. SCARIATI, P. D., L. M. GRUMMER-STRAWN et S. B. FEIN. « A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States », *Pediatrics*, vol. 99, nº 6, 1997, p. E5.

101. MORROW, A. L., R. R. REVES, M. S. WEST et autres. « Protection against infection with Giardia lamblia by breast-feeding in a cohort of Mexican infants », *J Pediatr*, vol. 121, nº 3, 1992, p. 363-370.

102. VANDERSLICE, J., B. POPKIN et J. BRISCOE. « Drinking-water quality, sanitation, and breastfeeding: Their interactive effects on infant health », *Bulletin WHO*, vol. 72, nº 1994, p. 589-601.

103. VICTORA, C. G., S. R. HUTTLY, S. C. FUCHS et autres. « Deaths due to dysentery, acute and persistent diarrhoea among Brazilian infants », *Acta Paediatr Suppl*, vol. 381, nº 1992, p. 7-11.

104. VESTERGAARD, M., C. OBEL, T. B. HENRIKSEN et autres. « Duration of breastfeeding and developmental milestones during the latter half of infancy », *Acta Paediatr*, vol. 88, nº 12, 1999, p. 1327-1332.

105. LUCAS, A. et T. J. COLE. « Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis », *Lancet*, vol. 336, nº 8730, 1990, p. 1519-1523.

106. PISACANE, A., B. DE VIZIA, A. VALIANTE et autres. « Iron status in breast-fed infants », *J Pediatr*, vol. 127, nº 3, 1995, p. 429-431.

107. FORD, R. P., B. J. TAYLOR, E. A. MITCHELL et autres. « Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome », *Int J Epidemiol*, vol. 22, nº 5, 1993, p. 885-890.

108. MITCHELL, E. A., B. J. TAYLOR, R. P. FORD et autres. « Four modifiable and other major risk factors for cot death: the New Zealand study », *J Paediatr Child Health*, vol. 28 Suppl 1, 1992, p. S3-8.

109. BLAIR, P. S., P. J. FLEMING, D. BENSLEY et autres. « Smoking and the sudden infant death syndrome: results from 1993-5 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths Regional Coordinators and Researchers », *Bmj*, vol. 313, nº 7051, 1996, p. 195-198.

110. AGOSTONI, C., S. TROJAN, R. BELLU et autres. « Neurodevelopmental quotient of healthy term infants at 4 months and feeding practice: the role of long-chain polyunsaturated fatty acids », *Pediatr Res*, vol. 38, nº 2, 1995, p. 262-266.

111. GREENE, L. C., A. LUCAS, M. B. LIVINGSTONE et autres. « Relationship between early diet and subsequent cognitive performance during adolescence », *Biochem Soc Trans*, vol. 23, nº 2, 1995, p. 376S.

112. LUCAS, A., R. MORLEY, T. J. COLE et autres. « Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm », *Lancet*, vol. 339, nº 8788, 1992, p. 261-264.

113. LUCAS, A., R. MORLEY, T. J. COLE et autres. « A randomised multicentre study of human milk versus formula and later development in preterm infants », *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, vol. 70, nº 2, 1994, p. F141-146.

114. MORTENSEN, E. L., K. F. MICHAELSEN, S. A. SANDERS et autres. « The association between duration of breastfeeding and adult intelligence », *Jama*, vol. 287, nº 18, 2002, p. 2365-2371.

115. TEMBOURY, M. C., A. OTERO, I. POLANCO et autres. « Influence of breast-feeding on the infant's intellectual development », *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, vol. 18, nº 1, 1994, p. 32-36.

116. ODDY, W. H., P. G. HOLT, P. D. SLY et autres. « Association between breast feeding and asthma in 6 year old children: findings of a prospective birth cohort study », *Bmj*, vol. 319, nº 7213, 1999, p. 815-819.

117. SAARINEN, U. M. et M. KAJOSAARI. « Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow- up study until 17 years old », *Lancet*, vol. 346, nº 8982, 1995, p. 1065-1069.

118. WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNICEF REGIONAL OFFICE FOR EUROPE.*Development of a Global Strategy on Infant and Young Child Feeding*. WHO/UNICEF, Report number EUR/01/5018050, 2001, http://www.who.dk/document/e74173.pdf (20 décembre 2002).

119. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Infant and Young Child Feeding and Nutrition*. Child and Adolescent Health and Development, 2002, http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/infant.htm (24 avril 2003).

120. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Infant and young child nutrition. Global strategy on infant and young child nutrition*, Fifty-fifth World Health Assembly. A55/15, 2002, http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA55/ea5515.pdf (24 avril 2003).

121. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Breastfeeding - Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Bulletin no 7*, Washington, D.C., Pan American Health Organization, Division of Health Promotion and Protection, Maternal and Child Nutrition, 2002, 8 p.

122. HOGAN, S. E. « Overcoming barriers to breastfeeding: suggested breastfeeding promotion programs for communities in eastern Nova Scotia », *Can J Public Health*, vol. 92, n° 2, 2001, p. 105-108.

123. LABBOK, M. et K. KRASOVEC. « Toward consistency in breastfeeding definitions », *Stud Fam Plann*, vol. 21, n° 4, 1990, p. 226-230.

124. KOCTURK, T. et R. ZETTERSTROM. « Thoughts about rates of breastfeeding », *Acta Paediatr*, vol. 88, n° 4, 1999, p. 356-358.

125. MARTENS, P. J. « "Real World" Breastfeeding Definitions: Where the Clinician Meets the Survey Researcher », *Current Issues in Clinical Lactation*, vol. 1, n° 1, 2000, p. 37-41.

126. JETTÉ, S. *Évaluation formative d'un programme de promotion et de soutien à l'allaitement maternel*, Thèse (D. ès Sc. inf.), Université de Sherbrooke, 1999, 147 p.

127. EVERS, S., L. DORAN et K. SCHELLENBERG. « Influences on breastfeeding rates in low income communities in Ontario », *Can J Public Health*, vol. 89, n° 3, 1998, p. 203-207.

128. GILBERT, D. « Allaitement maternel et facteurs associés chez des mères jeunes et plus âgées », *Can J Public Health*, vol. 87, n° 2, 1996, p. 95-96.

129. HILL, P. D. et J. C. ALDAG. « Smoking and breastfeeding. », *Res Nurs*, vol. 19, n° 1996, p. 125-132.

130. PIPER, S. et P. L. PARKS. « Predicting the duration of lactation: evidence from a national survey », *Birth*, vol. 23, n° 1, 1996, p. 7-12.

131. ERTEM, I. O., N. VOTTO et J. M. LEVENTHAL. « The timing and predictors of the early termination of breastfeeding », *Pediatrics*, vol. 107, n° 3, 2001, p. 543-548.

132. SANTÉ CANADA. *Le point sur l'allaitement au Canada*, Ottawa, Ministre de la Santé, Travaux publics et Services gouvernementaux, 1999, 96 p.

133. SÉGUIN, L., L. GOULET, K. FROHLICH et autres. *Le rôle de l'environment pour l'allaitement maternel chez les femmes défavorisées*, Montréal, GRIS - Université de Montréal, 1998, p.

134. LEHMANN, F., K. GRAY-DONALD, M. MONGEON et autres. « Iron deficiency anemia in 1-year-old children of disadvantaged families in Montreal », *Cmaj*, vol. 146, n° 9, 1992, p. 1571-1577.

135. BEAUDRY, M. et R. DUFOUR. « [Factors of successful breast feeding in New Brunswick: information and compatible working conditions] », *Can J Public Health*, vol. 82, n° 5, 1991, p. 325-330.

136. RYAN, A. S., D. RUSH, F. W. KRIEGER et autres. « Recent declines in breastfeeding in the United-States, 1984 through 1989. », *Pediatrics*, vol. 99, n° 4, 1997, p. 121-125.

137. RYAN, K. et R. A. BERESFORD. « The power of support groups: influence on infant feeding trends in New Zealand », *J Hum Lact*, vol. 13, n° 3, 1997, p. 183-190.

138. COHEN, R., M. B. MRTEK et R. G. MRTEK. « Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations », *Am J Health Promot*, vol. 10, n° 2, 1995, p. 148-153.

139. AUERBACH, K. G. et E. GUSS. « Health care workers who breastfeed: implications for patient management », *J Am Med Womens Assoc*, vol. 40, n° 4, 1985, p. 111-115.

140. GIELEN, A. C., R. R. FADEN, P. O'CAMPO et autres. « Maternal employment during the early postpartum period: effects on initiation and continuation of breast-feeding », *Pediatrics*, vol. 87, n° 3, 1991, p. 298-305.

141. GAGNON, A. J., G. DOUGHERTY, V. JIMENEZ et autres. « Randomized trial of postpartum care after hospital discharge », *Pediatrics*, vol. 109, n° 6, 2002, p. 1074-1080.

142. EDWARDS, N., N. SIMS-JONES et K. BREITHAUPT. « Smoking in pregnancy and postpartum: relationship to mothers' choices concerning infant nutrition », *Can J Nurs Res*, vol. 30, n° 3, 1998, p. 83-98.

143. HEALTH CANADA. *Study of attitudes on breastfeeding*, Canada, Family and Child Health Unit, Ottawa, Health Canada, 1995, 98 p.

144. FREYSTEINSSON, H. et J. A. SIGURDSSON. « Breast-feeding in Iceland. Predictive factors and effects of interventive measures », *Scand J Soc Med*, vol. 24, n° 1, 1996, p. 62-66.

145. HORTA, B. L., M. S. KRAMER et R. W. PLATT. « Maternal smoking and the risk of early weaning: a meta-analysis », *Am J Public Health*, vol. 91, n° 2, 2001, p. 304-307.

146. AMIR, L. H. « Maternal smoking and reduced duration of breastfeeding: a review of possible mechanisms », *Early Hum Dev*, vol. 64, n° 1, 2001, p. 45-67.

147. AMIR, L. H. et S. M. DONATH. « Does maternal smoking have a negative physiological effect on breastfeeding? The epidemiological evidence », *Birth*, vol. 29, n° 2, 2002, p. 112-123.

148. BULK-BUNSCHOTEN, A. M., S. VAN BODEGOM, J. D. REERINK et autres. « Reluctance to continue breastfeeding in The Netherlands », *Acta Paediatr*, vol. 90, n° 9, 2001, p. 1047-1053.

149. CLEMENTS, M. S., E. A. MITCHELL, S. P. WRIGHT et autres. « Influences on breastfeeding in southeast England », *Acta Paediatr*, vol. 86, n° 1, 1997, p. 51-56.

150. SACHDEV, H. P. et S. MEHROTRA. « Predictors of exclusive breastfeeding in early infancy: operational implications », *Indian Pediatr*, vol. 32, n° 12, 1995, p. 1287-1296.

151. FORD, R. P., E. A. MITCHELL, R. SCRAGG et autres. « Factors adversely associated with breast feeding in New Zealand », *J Paediatr Child Health*, vol. 30, n° 6, 1994, p. 483-489.

152. LIBBUS, K., T. A. BUSH et N. M. HOCKMAN. « Breastfeeding beliefs of low-income primigravidae », *Int J Nurs Stud*, vol. 34, n° 2, 1997, p. 144-150.

153. LOSCH, M., C. I. DUNGY, D. RUSSELL et autres. « Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding », *J Pediatr*, vol. 126, n° 4, 1995, p. 507-514.

154. HODDINOTT, P. et R. PILL. « Qualitative study of decisions about infant feeding among women in east end of London », *Bmj*, vol. 318, n° 7175, 1999, p. 30-34.

155. VOGEL, A. M. et E. A. MITCHELL. « The establishment and duration of breastfeeding. Part 1: Hospital influences », *Breastfeed Rev*, vol. 6, n° 1, 1998, p. 5-9.

156. YNGVE, A. et M. SJOSTROM. « Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe », *Public Health Nutr*, vol. 4, n° 2B, 2001, p. 729-739.

157. NEIFERT, M. R. et J. M. SEACAT. « Lactation insufficiency: a rational approach », *Birth*, vol. 14, n° 4, 1987, p. 182-190.

158. [illegible], « Implications of a health promotion framework for research in breastfeeding », Health Promotion, [illegible].

159. QUANDT, S. A., « Biological and behavioral predictors of exclusive breastfeeding duration », Med Anthropol, vol. 9, n° 2, 1985, p. 139-151.

160. VAN ESTERIK, P. et T. GREINER, Breastfeeding and women's work: constraints and opportunities. Breastfeeding: Program, Policy and Research Issues, Special issue of Family Planning, [illegible], 1981, p. 184-197.

161. GUSSLER, J. et L. BRIESEMEISTER, « The insufficient milk syndrome: a biocultural explanation », Med Anthr, vol. 4, n° 2, 1980, p. 145-174.

162. SHEESHKA, J., B. POTTER, E. NORRIE et autres, « Women's experiences breastfeeding in public places », J Hum Lact, vol. 17, n° 1, 2001, p. 31-38.

163. LOCKLIN, M. P. et S. J. NABER, « Does breastfeeding empower women? Insights from a select group of educated, low-income, minority women », Birth, vol. 20, n° 1, 1993, p. 30-35.

164. SHEPHERD, C. K., K. G. POWER et H. CARTER, « Characteristics of responders and non-responders in an infant feeding study », J Public Health Med, vol. 20, n° 3, 1998, p. 255-260.

165. KRAMER, M. et R. KAKUMA, The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review, Geneva, Department of Nutrition for Health and Development, Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization, 2002, 47 p.

166. HODDINOTT, P. et R. PILL, « A qualitative study of women's views about how health professionals communicate about infant feeding », Health Expect, vol. 3, n° 4, 2000, p. 224-233.

167. HODDINOTT, P., R. PILL et R. HOOD, « Identifying which women will stop breast feeding before three months in primary care: a pragmatic study », Br J Gen Pract, vol. 50, n° 460, 2000, p. 888-891.

168. BATTISTA, R. N. et M. J. HODGE, « The evolving paradigm of health technology assessment: reflections for the millennium », Cmaj, vol. 160, n° 10, 1999, p. 1464-1467.

169. GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE, Guide canadien de médecine clinique préventive, Ottawa, Groupe Communication Canada, 1994, [illegible] p.

170. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Données scientifiques relatives aux Dix Conditions pour le succès de l'Allaitement, Genève, Systèmes de santé et santé communautaire, Département Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent, 1999, 122 p.

171. FAIRBANK, L., S. O'MEARA, M. J. RENFREW et autres, « A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding », Health Technol Assess, vol. 4, n° 25, 2000, p. 1-171.

172. HENDERSON, L., J. KITZINGER et J. GREEN, « Representing infant feeding: content analysis of British media portrayals of bottle feeding and breast feeding », Bmj, vol. 321, n° 7270, 2000, p. 1196-1198.

173. STERKEN, E. Out of the Mouths of Babes, Toronto, INFACT Canada, 2002, 34 p.

174. ANAND, R. K. « Health workers and the baby food industry », Bmj, vol. 312, n° 7046, 1996, p. 1556-1557.

175. HAILES, J. F. et S. J. WELLARD, « Support for breastfeeding in the first postpartum month: perceptions of breastfeeding women », Breastfeed Rev, vol. 8, n° 3, 2000, p. 5-9.

176. DRISCOLL, J. W., « Breastfeeding success and failure: implications for nurses », NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs, vol. 3, n° 4, 1992, p. 565-569.

77. MOZINGO, J. N., M. W. DAVIS, P. G. DROPPLEMAN et autres. « "It wasn't working." Women's experiences with short-term breastfeeding », *MCN Am J Matern Child Nurs*, vol. 25, nº 3, 2000, p. 120-126.

78. SIKORSKI, J. et M. J. RENFREW. *Support for breastfeeding mothers*, 2002, http://www.update-software.com/abstracts/ab001141.htm (19 janvier 2003).

79. GIUGLIANI, E. R. J., Y. BRONNER, W. T. CAIAFFA et autres. « Are fathers prepared to encourage their partners to breast feed? A study about fathers' knowledge of breast feeding », *Acta Paediatr*, vol. 83, nº 11, 1994, p. 1127-1131.

80. LUMLEY, J., S. OLIVER et E. WATERS. *Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy*, 2000, http://www.update-software.com/abstracts/ab001055.htm (19 janvier 2003).

81. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health aspects of maternity leave and maternity protection*, 2001, http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/Statement_Maternity_EN.htm (17 avril 2003).

82. GIUGLIANI, E. R., W. T. CAIAFFA, J. VOGELHUT et autres. « Effect of breastfeeding support from different sources on mothers' decisions to breastfeed », *J Hum Lact*, vol. 10, nº 3, 1994, p. 157-161.

83. BARANOWSKI, T., D. E. BEE, D. K. RASSIN et autres. « Social support, social influence, ethnicity and the breastfeeding decision », *Soc Sci Med*, vol. 17, nº 21, 1983, p. 1599-1611.

84. LITTMAN, H., S. V. MEDENDORP et J. GOLDFARB. « The decision to breastfeed. The importance of father's approval », *Clin Pediatr (Phila)*, vol. 33, nº 4, 1994, p. 214-219.

85. GAGNON, A. J., L. EDGAR, M. S. KRAMER et autres. « A randomized trial of a program of early postpartum discharge with nurse visitation », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 176, nº 1 Pt 1, 1997, p. 205-211.

86. HUMENICK, S. S., P. D. HILL et P. L. SPIEGELBERG. « Breastfeeding and health professional encouragement », *J Hum Lact*, vol. 14, nº 4, 1998, p. 305-310.

87. PEREZ-ESCAMILLA, R., D. HIMMELGREEN, S. SEGURA-MILLAN et autres. « Prenatal and perinatal factors associated with breast-feeding initiation among inner-city Puerto Rican women », *J Am Diet Assoc*, vol. 98, nº 6, 1998, p. 657-663.

88. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2003, 133 p.

TABLEAUX

[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TABLEAU 3
Caractéristiques sociodémographiques des mères répondantes et non-répondantes, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000

	Répondantes		Non-répondantes		P [2]
	N	% [1]	N	% [1]	
	632	**100,0**	**101**	**100,0**	
ÂGE AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT					
Moins de 35 ans	256	83,2	84	88,4	
35 ans et plus	106	16,8	11	11,6	n.s.
Inconnu			6		
ÉTAT CIVIL					
Mariée	241	38,6	20	25,0	
Autre	383	61,4	60	75,0	*
Inconnu	8		21		
STATUT SOCIAL					
Vivant en couple	592	93,7	65	98,5	
Autre	40	6,3	1	1,5	n.s.
Inconnu			35		
NIVEAU DE SCOLARITÉ AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT					
Secondaire non complété	103	16,3	21	30,9	
Diplôme secondaire	204	32,3	25	36,8	
Diplôme collégial	151	23,9	16	23,5	**
Diplôme universitaire	174	27,5	6	8,8	
Inconnu			33		
NIVEAU DU REVENU FAMILIAL					
Très faible	22	3,5			
Faible	66	10,4			
Moyen inférieur	154	24,4			n.a.
Moyen supérieur et élevé	303	47,9			
Refus ou ne sait pas	87	13,8			
ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE AVANT L'ACCOUCHEMENT					
Oui à temps plein	386	61,3			
Oui à temps partiel	83	13,2			
Oui aux études	14	2,2			n.a.
Non	147	23,3			
Inconnu	2				
DURÉE PRÉVUE DU RETRAIT DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE [3]					
Moins de 3 mois	25	5,2			
3 mois à moins de 6 mois	115	23,8			
6 mois à moins de 12 mois	239	49,5			n.a.
12 mois et plus	35	7,2			
Non prévu ou ne sait pas	69	14,3			

	Répondantes		Non-répondantes		p [2]
	N	% [1]	N	% [1]	
	632	**100,0**	**101**	**100,0**	
LANGUE PARLÉE LE PLUS SOUVENT À LA MAISON					
Français	559	88,4	78	96,3	*
Autre	73	11,6	3	3,7	
Inconnu			20		
PAYS D'ORIGINE					
Canada	588	93,0	76	95,0	n.s.
Autre	44	7,0	4	5,0	
Inconnu			21		

[1] Les pourcentages ont été calculés en excluant les valeurs inconnues.

[2] Seuils de signification du test du khi deux : *** p≤0,001, ** p≤0,01, * p≤0,05, n.s. non significatif, n.a. non applicable.

[3] La question n'a été posée qu'aux 483 mères présentes sur le marché du travail ou aux études avant l'accouchement.

TABLEAU 4
Caractéristiques des mères répondantes et non-répondantes,
***Étape 3*, Montérégie, 1999-2000**

	Répondantes		Non-répondantes		P [2]
	N	% [1]	N	% [1]	
	632	**100,0**	**101**	**100,0**	
RÉGION SOCIOSANITAIRE DE L'ACCOUCHEMENT					
Montérégie	521	82,4	80	79,2	n.s.
Hors Montérégie	111	17,6	21	20,8	
TYPE D'ACCOUCHEMENT					
Voie vaginale	504	79,7			n.a.
Césarienne	128	20,3			
DURÉE DE SÉJOUR À L'HÔPITAL					
48 heures et moins	281	44,5			n.a.
49 à 95 heures	179	28,3			
96 heures et plus	172	27,2			
PARITÉ					
Primipare	292	46,2	43	43,4	n.s.
Multipare	340	53,8	56	56,6	
Inconnu			2		
MOMENT DE LA PRISE DE DÉCISION D'ALLAITER					
Avant la grossesse	395	62,7			n.a.
En cours de grossesse	158	25,1			
À l'hôpital	50	7,9			
N'a pas choisi	27	4,3			
Inconnu	2				
TABAGISME DEPUIS L'ACCOUCHEMENT					
Oui	144	22,9			n.a.
Non	486	77,1			
Inconnu	2				

[1] Les pourcentages ont été calculés en excluant les valeurs inconnues.
[2] Seuils de signification du test du khi deux : *** p≤0,001, ** p≤0,01, * p≤0,05, n.s. non significatif, n.a. non applicable.

TABLEAU 5
Caractéristiques des nourrissons des mères répondantes et non-répondantes, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000

	Répondantes		Non-répondantes		p [2]
	N	% [1]	N	% [1]	
	632		**101**		
SEXE					
Féminin	321	50,8	46	46,5	n.s.
Masculin	311	49,2	53	53,5	
Inconnu			2		
NAISSANCES MULTIPLES					
Naissance unique	625	98,9	97	98,0	n.s.
Jumeaux	7	1,1	2	2,0	
Inconnu			2		
POIDS DU BÉBÉ					
Moins de 2 500 g	36	5,7	7	7,3	n.s.
2 500 g et plus	596	94,3	89	92,7	
Inconnu			5		
DURÉE DE LA GESTATION					
Moins de 37 semaines	45	7,1	6	6,5	n.s.
37 semaines et plus	587	92,9	86	93,5	
Inconnu			9		

[1] Les pourcentages ont été calculés en excluant les valeurs inconnues.
[2] Seuils de signification du test du khi deux : *** p≤0,001, ** p≤0,01, * p≤0,05, n.s. non significatif.

TABLEAU 6
Prévalence de l'allaitement total et exclusif au cours des six premiers mois de vie du nourrisson, *Étape 3,* Montérégie, 1999-2000

Âge du nourrisson	Allaitement total[1]	
	N	% (IC)[4]
Total	**632**	
24 heures[2]	497	79 (76;82)
Sortie du centre hospitalier[3]	466	74 (71;77)
1 semaine *(à 7 jours et plus)*	448	71 (68;75)
1 mois *(à 30 jours et plus)*	396	63 (59;67)
2 mois *(à 61 jours et plus)*	356	56 (52;60)
3 mois *(à 92 jours et plus)*	319	51 (47;55)
4 mois *(à 121 jours et plus)*	280	44 (40;48)
5 mois *(à 152 jours et plus)*	249	39 (35;43)
6 mois *(à 182 jours et plus)*	200	32 (28;36)
Âge du nourrisson	**Allaitement exclusif[1]**	
	N	**% (IC)[4]**
Total	**632**	
24 heures[2]	432	68 (64;72)
Sortie du centre hospitalier[3]	431	68 (64;72)
1 semaine *(pour 7 jours et plus)*	304	48 (44;52)
1 mois *(pour 30 jours et plus)*	245	39 (35;43)
2 mois *(pour 61 jours et plus)*	201	32 (28;36)
3 mois *(pour 92 jours et plus)*	153	24 (21;27)
4 mois *(pour 121 jours et plus)*	99	16 (13;19)
5 mois *(pour 152 jours et plus)*	25	4 (3;6)
6 mois *(pour 182 jours et plus)*	3	1 (0;2)

[1] Allaitement total à l'âge x, allaitement exclusif jusqu'à l'âge x.

[2] Onze mères ont débuté l'allaitement maternel 24 heures après la naissance du nourrisson. Le nombre total des mères ayant allaité dans l'échantillon est de 508 (80,4 % des 632 participantes).

[3] La période « Sortie du centre hospitalier » n'était pas définie dans le questionnaire. Il était laissé à l'interprétation des mères. Malgré qu'il représente la prévalence de l'allaitement total de la sortie, il ne représente pas la proportion des mères qui allaitent de façon exclusive pendant le séjour à l'hôpital.

[4] L'intervalle de confiance (IC) à 95 % est un intervalle de valeurs qui à 95 % de chance de contenir la véritable valeur de la prévalence.

TABLEAU 7
Calendrier d'abandon de l'allaitement total et exclusif au cours des six premiers mois de vie du nourrisson, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000

Âge du nourrisson	Abandon		
	N	Âge X %[1]	Depuis la naissance %[2]
Allaitement total			
1 semaine *(moins de 7 jours)*	59	12	12
1 mois *(de 7 à 29 jours)*	52	10	22
2 mois *(de 30 à 60 jours)*	40	8	30
3 mois *(de 61 à 91 jours)*	37	7	37
4 mois *(de 92 à 120 jours)*	39	8	45
5 mois *(de 121 à 151 jours)*	31	6	51
6 mois *(de 152 à 181 jours)*	49	10	61
Allaitent encore à 6 mois *(182 jours et plus)*	200	39	
Ne sait pas	1		
Total	**508**		
Allaitement exclusif			
1 semaine *(moins de 7 jours)*	126	29	29
1 mois *(de 7 à 29 jours)*	59	14	43
2 mois *(de 30 à 60 jours)*	44	10	53
3 mois *(de 61 à 91 jours)*	48	11	64
4 mois *(de 92 à 120 jours)*	54	13	77
5 mois *(de 121 à 151 jours)*	74	17	94
6 mois *(de 152 à 181 jours)*	22	5	99
Allaitent encore pour 6 mois *(182 jours et plus)*	3	1	
Ne sait pas	2		
Total	**432**		

[1] Le % d'abandon se calcule en rapportant le nombre de mères ayant cessé d'allaiter à l'âge x du nourrisson (N) sur le nombre de mères qui ont initié l'allaitement total (508) ou l'allaitement exclusif (432).

[2] Le taux d'abandon depuis la naissance est calculé comme suit : on cumule les abandons d'allaitement (N) jusqu'à l'âge x du nourrisson qu'on rapporte au nombre de mères qui ont initié l'allaitement total (508) ou l'allaitement exclusif (432).

TABLEAU 8
Distribution des catégories d'allaitement (« breastfeeding patterns ») au cours des six premiers mois de vie du nourrisson parmi les mères qui allaitent à une période donnée
***Étape 3*, Montérégie, 1999-2000**

Âge du nourrisson	Allaitement exclusif (AEX)		Allaitement prédominant (APR)		Allaitement additionné de compléments (ACO)		Allaitement total (AT)[1]	
	N	%	N	%	N	%	N	%
24 heures	432	87	1	0	64	13	497	100
1 semaine	304	68	13	3	131	29	448	100
1 mois	245	62	23	6	128	32	396	100
2 mois	201	57	15	4	140	39	356	100
3 mois	153	48	20	6	146	46	319	100
4 mois	99	35	11	4	170	61	280	100
5 mois	25	10	9	4	215	86	249	100
6 mois	3	1,5	7	3,5	190	95	200	100

[1] Pour chaque âge du nourrisson, l'AT est égal à la somme de AEX+APR+ACO.

TABLEAU 9
Durée prévue de l'allaitement total et exclusif par les mères ayant initié l'allaitement, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000

Durée prévue	Allaitement total		Allaitement exclusif	
	N	%	N	%
Pour les mères ayant initié l'allaitement				
N'avait pas l'intention	5	1	9	2
Moins de 1 mois	4	1	7	1
1 mois à moins de 3 mois	90	18	156	31
3 mois à moins de 6 mois	89	18	153	30
6 mois à moins de 12 mois	192	38	86	17
12 mois et plus	60	12	4	1
Jusqu'au sevrage naturel	10	2	3	1
Ne sait pas	58	11	90	18
Total	**508**	**100**	**508**	**100**

Durée prévue	Allaitement total	Allaitement exclusif
	N=435	N=406
Pour les mères ayant initié l'allaitement et ayant fourni une durée prévue précise		
Moyenne	6,2 mois	4,0 mois
Écart type	3,6 mois	1,8 mois
Mode	6 mois n=135	3 mois n=96 4 mois n=99

TABLEAU 10
Différence [1] entre la durée prévue et la durée réelle de l'allaitement total et exclusif, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000

Durée réelle par rapport à la durée prévue	Allaitement total		Allaitement exclusif	
	N	%	N	%
Plus longtemps :				
d'un mois et plus	29	7	18	4
Égal à :				
un mois près	62	14	101	25
Moins longtemps :				
1 mois à moins de 2 mois	30	7	64	16
2 mois à moins de 3 mois	45	10	94	23
3 mois à moins de 4 mois	21	5	37	9
4 mois à moins de 6 mois	58	13	73	18
6 mois et plus	31	7	16	4
Allaitent encore à 6 mois	**158**	**36**	**2**	**1**
Total	**434[2]**	**100[3]**	**405[2]**	**100**

[1] Pour les mères ayant initié l'allaitement et ayant fourni une durée prévue précise.

[2] Une mère ayant donné une durée prévue précise d'allaitement exclusif et total, ne savait pas la durée réelle.

[3] Le total n'égale pas 100 % à cause de l'approximation des décimales

TABLEAU 11
Calendrier d'introduction des solides et des liquides autres que le lait maternel chez les mères ayant initié l'allaitement, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000

Âge du nourrisson	Eau et boisson à base d'eau		Laits non humains			
	N	Taux d'introduction cumulés (%)[1]	N	Taux d'introduction cumulés (%)[1]	N	Taux d'introduction cumulés (%)[1]
	Première introduction[2]	Première introduction[2]	Première introduction[2]	Première introduction[2]	Introduction régulière[3]	Introduction régulière[3]
24 heures *(0 jour)*	1	0	74	15	15	9
1 semaine *(1-7 jours)*	29	6	126	39	76	18
1 mois *(8-30 jours)*	49	16	63	51	73	32
2 mois *(31-61 jours)*	43	24	37	59	43	41
3 mois *(62-92 jours)*	68	37	46	68	47	50
4 mois *(93-121 jours)*	68	51	44	77	49	60
5 mois *(122-152 jours)*	77	66	46	86	54	70
6 mois *(153-182 jours)*	73	80	22	90	34	77
n'a pas reçu l'aliment à 6 mois *(183 jours et plus)*	93		48		116	
ne sait pas	7		2	1	1	
Total	**508**		**508**		**508**	

Âge du nourrisson	Aliments solides		Jus de fruits	
	N	Taux d'introduction cumulés (%)[1]	N	Taux d'introduction cumulés (%)[1]
	Première introduction[2]	Première introduction[2]	Première introduction[2]	Première introduction[2]
24 heures *(0 jour)*	0	0	0	0
1 semaine *(1-7 jours)*	1	0	0	0
1 mois *(8-30 jours)*	28	6	5	1
2 mois *(31-61 jours)*	42	14	6	2
3 mois *(62-92 jours)*	114	36	14	5
4 mois *(93-121 jours)*	171	70	34	12
5 mois *(122-152 jours)*	88	87	86	29
6 mois *(153-182 jours)*	46	96	115	51
n'a pas reçu l'aliment à 6 mois *(183 jours et plus)*	18		247	
ne sait pas			1	
Total	**508**		**508**	

[1] Le nombre d'aliments introduits est cumulé jusqu'à l'âge x et est ensuite rapporté au nombre total de nourrissons ayant initié l'allaitement.
[2] Première introduction : le nourrisson reçoit l'aliment au moins une fois de façon régulière ou non.
[3] Introduction régulière : le nourrisson reçoit une bouteille (n'importe quelle quantité) de préparation lactée par jour.

TABLEAU 12
Prévalence de l'allaitement total et exclusif selon les centres hospitaliers où les mères ont accouché, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000

ALLAITEMENT TOTAL	N	Allaitement à 24 heures		Allaitement à trois mois		Allaitement à six mois	
		N	% (IC)[1]	N	% (IC)[1]	N	% (IC)[1]
CENTRE HOSPITALIER							
RÉSEAU SANTÉ RICHELIEU-YAMASKA	35	26	74 (60;89)	12	34 (18;50)	11	31 (16;46)
HÔPITAL BROME-MISSISQUOI-PERKINS	44	39	89 (80;98)	27	61 (47;75)	17	39 (25;53)
HÔPITAL DU HAUT-RICHELIEU	53	39	74 (62;86)	22	42 (29;55)	17	32 (19;45)
CH GRANBY	36	29	81 (68;94)	22	61 (45;77)	14	39 (23;55)
HÔPITAL CHARLES-LEMOYNE	71	53	75 (65;85)	32	45 (33;57)	20	28 (18;38)
CH RÉGIONAL DU SUROÎT	49	37	76 (64;88)	22	45 (31;59)	13	27 (15;39)
HÔTEL-DIEU DE SOREL	16	10	63 (39;87)	6	38 (14;62)	4	25 (4;46)
CH PIERRE-BOUCHER	138	112	81 (75;88)	81	59 (51;67)	52	38 (30;46)
CH ANNA-LABERGE	79	64	81 (72;90)	38	48 (37;59)	17	22 (13;31)
Sous-total : 9 CH en Montérégie	521	409	79 (76,83)	262	50 (46;54)	165	32 (28;36)
Sous-total : CH hors Montérégie	111	88	79 (71;87)	57	51 (42;60)	35	32 (23;41)
RÉSIDENTES MONTÉRÉGIE	**632**	**497**	**79 (76;82)**	**319**	**51 (47;55)**	**200**	**32 (28;36)**

ALLAITEMENT EXCLUSIF	N	Allaitement pour 24 heures		Allaitement pour trois mois		Allaitement pour six mois	
		N	% (IC)[1]	N	% (IC)[1]	N	% (IC)[1]
CENTRE HOSPITALIER							
RÉSEAU SANTÉ RICHELIEU-YAMASKA	35	25	71 (56;86)	6	17 (5;29)	0	0 (0;0)
HÔPITAL BROME-MISSISQUOI- PERKINS	44	38	86 (76;96)	16	36 (22;50)	1	2 (-2;6)
HÔPITAL DU HAUT-RICHELIEU	53	32	60 (47;73)	7	13 (4;22)	0	0 (0;0)
CH GRANBY	36	28	78 (65;92)	12	33 (18;48)	1	3 (-3;9)
HÔPITAL CHARLES-LEMOYNE	71	36	51 (39;63)	11	15 (7;23)	0	0 (0;0)
CH RÉGIONAL DU SUROÎT	49	34	69 (56; 82)	11	22 (10;34)	0	0 (0;0)
HÔTEL-DIEU DE SOREL	16	9	56 (32;80)	2	13 (-4;30)	0	0 (0;0)
CH PIERRE-BOUCHER	138	104	75 (68;82)	43	31 (23;39)	1	1 (-1;3)
CH ANNA-LABERGE	79	59	75 (66;85)	19	24 (15;33)	0	0 (0;0)
Sous-total : 9 CH en Montérégie	521	365	70 (66;74)	127	24 (20;28)	3	1 (0;2)
Sous-total : CH hors Montérégie	111	67	60 (51;69)	26	23 (15;31)	0	0 (0;0)
RÉSIDENTES MONTÉRÉGIE	**632**	**432**	**68 (64;72)**	**153**	**24 (21;27)**	**3**	**1 (0;0)**

[1] L'intervalle de confiance (IC) à 95 % est un intervalle de valeurs qui à 95 % de chance de contenir la véritable valeur de la prévalence.

TABLEAU 13
Prévalence de l'allaitement total et exclusif selon le territoire de CLSC où les mères résident, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000

ALLAITEMENT TOTAL	N	Allaitement à 24 heures			Allaitement à trois mois			Allaitement à six mois		
		N	%	(IC)[1]	N	%	(IC)[1]	N	%	(IC)[1]
CLSC										
DES MASKOUTAINS	32	26	81	(67;95)	12	38	(21;55)	11	34	(18;50)
DES PATRIOTES	32	29	91	(81;101)	23	72	(56;88)	14	44	(27;61)
MRC D'ACTON	4	2	50	(1;99)	0	0	(0;0)	0	0	(0;0)
LA POMMERAIE	33	27	82	(69;95)	17	52	(35;69)	12	36	(20;52)
DU RICHELIEU	32	24	75	(60;90)	16	50	(33;67)	9	28	(12;44)
VALLÉE DES FORTS	40	31	78	(65;91)	16	40	(25;55)	12	30	(16;44)
DE LA HAUTE-YAMASKA	47	41	87	(77;97)	33	70	(57;83)	21	45	(31;59)
SAINT-HUBERT	37	28	76	(62;90)	14	38	(22;54)	9	24	(10;38)
SAMUEL-DE-CHAMPLAIN	43	37	86	(76;96)	25	58	(43;73)	18	42	(27;57)
LONGUEUIL-OUEST	36	26	72	(57;87)	14	39	(23;55)	8	22	(9;36)
HUNTINGDON	10	5	50	(19;81)	3	30	(2;58)	1	10	(-9;29)
LA PRESQU'ÎLE	56	42	75	(64;86)	25	45	(32;58)	17	30	(18;42)
SEIGNEURIE DE BEAUHARNOIS	29	26	90	(79;101)	17	59	(41;77)	10	34	(17;51)
DU HAVRE	19	12	63	(41;85)	8	42	(20;64)	6	32	(11;53)
DES SEIGNEURIES	46	37	80	(68;92)	33	72	(59;85)	21	46	(32;60)
LONGUEUIL-EST	36	31	86	(75;97)	19	53	(37;69)	6	17	(5;29)
CHÂTEAUGUAY	34	25	74	(59;89)	14	41	(25;58)	6	18	(5;31)
JARDIN DU QUÉBEC	14	10	71	(47;95)	8	57	(31;83)	5	36	(11;61)
KATERI	47	33	70	(57;83)	19	40	(26;54)	12	26	(14;39)
KATERI MEMORIAL	5	5	100	(100;100)	3	60	(17;103)	2	40	(-3;83)
TOTAL	**632**	**497**	**79**	**(76;82)**	**319**	**51**	**(47;55)**	**200**	**32**	**(28;36)**

ALLAITEMENT EXCLUSIF	N	Allaitement pour 24 heures			Allaitement pour trois mois			Allaitement pour six mois		
		N	%	(IC)[1]	N	%	(IC)[1]	N	%	(IC)[1]
CLSC										
DES MASKOUTAINS	32	25	78	(64;92)	6	19	(5;33)	1	3	(-3;9)
DES PATRIOTES	32	24	75	(60;90)	9	28	(12;44)	0	0	(0;0)
MRC D'ACTON	4	2	50	(1;99)	0	0	(0;0)	0	0	(0;0)
LA POMMERAIE	33	26	79	(65;93)	9	27	(12;42)	1	3	(-3;9)
DU RICHELIEU	32	20	63	(46;78)	9	28	(12;44)	0	0	(0;0)
VALLÉE DES FORTS	40	27	68	(54;82)	5	13	(3;23)	0	0	(0;0)
DE LA HAUTE-YAMASKA	47	39	83	(72;94)	18	38	(24;52)	0	0	(0;0)
SAINT-HUBERT	37	23	62	(46;78)	6	16	(4;28)	0	0	(0;0)
SAMUEL-DE-CHAMPLAIN	43	27	63	(47;78)	10	23	(10;36)	0	0	(0;0)
LONGUEUIL-OUEST	36	24	67	(49;77)	6	17	(4;29)	1	3	(-3;9)
HUNTINGDON	10	5	50	(52;82)	1	10	(-9;29)	0	0	(0;0)
LA PRESQU'ÎLE	56	36	64	(19;81)	14	25	(14;36)	0	0	(0;0)
SEIGNEURIE DE BEAUHARNOIS	29	23	79	(51;77)	8	28	(12;44)	0	0	(0;0)
DU HAVRE	19	11	58	(64;94)	3	16	(-1;33)	0	0	(0;0)
DES SEIGNEURIES	46	31	67	(54;81)	18	39	(25;53)	0	0	(0;0)
LONGUEUIL-EST	36	25	69	(54;84)	9	25	(11;39)	0	0	(0;0)
CHÂTEAUGUAY	34	23	68	(52;84)	7	21	(7;33)	0	0	(0;0)
JARDIN DU QUÉBEC	14	9	64	(39;89)	2	14	(-4;32)	0	0	(0;0)
KATERI	47	27	57	(43;71)	11	23	(11;35)	0	0	(0;0)
KATERI MEMORIAL	5	5	100	(100;100)	2	40	(-3;83)	0	0	(0;0)
TOTAL	**632**	**432**	**68**	**(65;73)**	**153**	**24**	**(21;27)**	**3**	**1**	**(0;2)**

[1] L'intervalle de confiance (IC) à 95 % est un intervalle de valeurs qui à 95 % de chance de contenir la véritable valeur de la prévalence.

TABLEAU 14
Prévalence de l'allaitement total et exclusif selon les caractéristiques sociodémographiques, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000

		Allaitement total						Allaitement exclusif [1]			
		à 24 heures		à 3 mois		à 6 mois		pour 24 heures		pour 3 mois	
CARACTÉRISTIQUE	**N**	**%**	**P[2]**	**%**	**P[2]**	**%**	**P[2]**	**%**	**P[2]**	**%**	**P[2]**
	632	79		51		32		68		24	
ÂGE AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT											
Moins de 35 ans	256	79	n.s.	49	n.s.	31	n.s.	69	n.s.	22	*
35 ans et plus	106	77		59		37		66		33	
ÉTAT CIVIL[3]											
Mariée	241	81	n.s.	60	***	39	***	72	n.s.	26	n.s.
Autre	383	77		44		26		65		23	
STATUT SOCIAL											
Vivant en couple	592	80	*	51	n.s.	32	n.s.	69	n.s.	25	n.s.
Autre	40	65		38		20		63		18	
NIVEAU DE SCOLARITÉ AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT											
Secondaire non complété	103	68		28		16		57		16	
Diplôme secondaire	204	78	*	45	***	28	***	68	**	22	*
Diplôme collégial	151	80		56		35		67		26	
Diplôme universitaire	174	84		66		43		77		31	
NIVEAU DU REVENU FAMILIAL											
Très faible	22	55		36		18		55		18	
Faible	66	84		38		26		73		12	
Moyen inférieur	154	75	*	47	*	30	n.s.	66	n.s.	24	n.s.
Moyen supérieur et élevé	303	81		55		34		69		27	
Refus ou ne sait pas (14 %)	87	81		53		33		71		26	
ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE AVANT L'ACCOUCHEMENT[3]											
Oui (travail ou études)	483	81	*	53	*	33	n.s.	70	n.s.	23	n.s.
Non	147	71		42		29		64		27	
DURÉE PRÉVUE DU RETRAIT DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE[4]											
Moins de 3 mois	25	72		28		12		64		0	
3 mois à moins de 6 mois	115	78		45		17		66		17	
6 mois à moins de 12 mois	239	80	n.s.	57	*	37	***	68	n.s.	27	**
12 mois et plus	35	89		66		54		80		37	
Non prévu ou ne sait pas	69	91		57		41		81		26	
LANGUE PARLÉE LE PLUS SOUVENT À LA MAISON											
Français	559	78	n.s.	50	n.s.	30	n.s.	68	n.s.	24	n.s.
Autre	73	82		56		43		69		23	
PAYS D'ORIGINE											
Canada	588	78	n.s.	50	n.s.	30	**	69	n.s.	24	n.s.
Autre	44	89		61		52		66		27	

[1] L'allaitement exclusif pour six mois n'a pas été étudié à cause du nombre réduit de cas (3 sur 632).
[2] Seuils de signification du test du khi deux : *** p≤0,001, ** p≤0,01, * p≤0,05, n.s. non significatif.
[3] Le N ne totalise pas 632 parce qu'il y a des données inconnues.
[4] La question n'a été posée qu'aux 483 mères présentes sur le marché du travail ou aux études avant l'accouchement.

TABLEAU 15
Prévalence de l'allaitement total et exclusif selon certaines caractéristiques des mères, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000

		Allaitement total						Allaitement exclusif[1]			
		à 24 heures		à 3 mois		à 6 mois		pour 24 heures		pour 3 mois	
Caractéristique	**N**	**%**	**P[2]**	**%**	**P[2]**	**%**	**P[2]**	**%**	**P[2]**	**%**	**P[2]**
	632	79		51		32		69		24	
Région sociosanitaire de l'accouchement											
Montérégie	521	79	n.s.	50	n.s.	32	n.s.	70	*	24	n.s.
Hors Montérégie	111	79		51		32		60		23	
Type d'accouchement											
Voie vaginale	504	79	n.s.	52	n.s.	32	n.s.	69	n.s.	25	n.s.
Césarienne	128	77		44		31		66		20	
Durée de séjour à l'hôpital											
48 heures et moins	281	77	n.s.	50	n.s.	30	n.s.	66	n.s.	26	n.s.
49 à 95 heures	179	82		56		34		74		26	
96 heures et plus	172	79		45		31		66		19	
Parité											
Primipare	292	83	*	50	n.s.	31	n.s.	71	n.s.	20	n.s.
Multipare	340	75		51		32		66		28	
Moment de la prise de décision d'allaiter[3]											
Avant la grossesse	395	81	**	61	***	39	***	73	***	31	***
En cours de grossesse	158	80		43		26		70		18	
À l'hôpital	50	66		12		6		40		4	
N'a pas choisi	27	59		7		4		44		4	
Tabagisme depuis l'accouchement[3]											
Oui	144	65	***	25	***	9	***	54	***	10	***
Non	486	83		58		39		73		29	

[1] L'allaitement exclusif pour six mois n'a pas été étudié à cause du nombre réduit de cas (3 sur 632).
[2] Seuils de signification du test du khi deux : *** p≤0,001, ** p≤0,01, * p≤0,05, n.s. non significatif.
[3] Le N ne totalise pas 632 parce qu'il y a des données inconnues.

TABLEAU 16
Prévalence de l'allaitement total et exclusif selon certaines caractéristiques des nourrissons, *Étape 3*, Montérégie, 1999-2000

		Allaitement total						Allaitement exclusif			
		à 24 heures		à 3 mois		à 6 mois		pour 24 heures		pour 3 mois	
CARACTÉRISTIQUE	**N**	**%**	**P[2]**	**%**	**P[2]**	**%**	**P[2]**	**%**	**P[2]**	**%**	**P[2]**
	632	79	n.s.	51	n.s.	32	n.s.	69	n.s.	24	n.s.
SEXE											
Féminin	321	79	n.s.	53	n.s.	34	n.s.	67	n.s.	25	n.s.
Masculin	311	79		48		29		70		24	
NAISSANCES MULTIPLES											
Naissance unique	625	79	n.s.	51	n.s.	32	n.s.	68	n.s.	24	n.s.
Jumeaux	7	86		43		14		86		14	
POIDS DU BÉBÉ [2]											
Moins de 2 500 g	36	67	n.s.	28	**	22	n.s.	50	*	3	**
2 500 g et plus	596	79		52		32		70		26	
DURÉE DE GESTATION											
Moins de 37 semaines	45	69	n.s.	36	**	27	n.s.	53	*	7	**
37 semaines et plus	587	79		52		32		70		26	

[1] L'allaitement exclusif pour six mois n'a pas été étudié à cause du nombre réduit de cas (3 sur 632).
[2] Seuils de signification du test du khi deux : *** p≤0,001, ** p≤0,01, * p≤0,05, n.s. non significatif.

TABLEAU 17
Caractéristiques sociodémographiques du sous-échantillon de 175 répondantes, *Étape 4*, Montérégie, 1999-2000

	N	%
Total	**175**	**100**
ÂGE AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT		
Moins de 35 ans	47	84,0
35 ans et plus	28	16,0
ÉTAT CIVIL		
Mariée	67	38,3
Autre	108	61,7
STATUT SOCIAL		
Vivant en couple	162	92,6
Autre	13	7,4
NIVEAU DE SCOLARITÉ AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT		
Secondaire non complété	34	19,4
Diplôme secondaire	56	32,0
Diplôme collégial	39	22,3
Diplôme universitaire	46	26,3
NIVEAU DU REVENU FAMILIAL		
Très faible	5	2,9
Faible	17	9,7
Moyen inférieur	51	29,1
Moyen supérieur et élevé	77	44,0
Refus ou ne sait pas	25	14,3
ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE AVANT L'ACCOUCHEMENT		
Oui à temps plein	101	57,7
Oui à temps partiel	23	13,1
Oui aux études	3	1,7
Non	48	27,4
DURÉE PRÉVUE DU RETRAIT DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE [1]		
Moins de 3 mois	9	7,1
3 mois à moins de 6 mois	35	27,6
6 mois à moins de 12 mois	59	46,5
12 mois et plus	3	2,4
Non prévu ou ne sait pas	21	16,5
LANGUE PARLÉE LE PLUS SOUVENT À LA MAISON		
Français	158	90,3
Autre	17	9,7
PAYS D'ORIGINE		
Canada	157	89,7
Autre	18	10,3

[1] La question n'a été posée qu'aux 127 mères présentes sur le marché du travail ou aux études avant l'accouchement.

TABLEAU 18
Caractéristiques des mères du sous-échantillon de 175 répondantes, *Étape 4*, Montérégie, 1999-2000

	N	%
Total	**175**	**100**
RÉGION SOCIOSANITAIRE DE L'ACCOUCHEMENT		
Montérégie	148	84,6
Hors Montérégie	27	15,4
TYPE D'ACCOUCHEMENT		
Voie vaginale	146	83,4
Césarienne	29	16,6
DURÉE DE SÉJOUR À L'HÔPITAL		
48 heures et moins	85	48,6
49 à 95 heures	56	32,0
96 heures et plus	34	19,4
PARITÉ		
Primipare	79	45,1
Multipare	96	54,9
MOMENT DE LA PRISE DE DÉCISION D'ALLAITER		
Avant la grossesse	108	61,7
En cours de grossesse	47	26,9
À l'hôpital	9	5,1
N'a pas choisi	11	6,3
TABAGISME PENDANT LA GROSSESSE		
Oui	45	25,7
Non	130	74,3
TABAGISME DEPUIS L'ACCOUCHEMENT		
Oui	39	22,3
Non	136	77,7

TABLEAU 19
Caractéristiques des nourrissons du sous-échantillon de 175 répondantes *Étape 4*, Montérégie, 1999-2000

	N	%
Total	**175**	**100**
SEXE		
Féminin	90	51,4
Masculin	85	48,6
NAISSANCES MULTIPLES		
Naissance unique	174	99,4
Jumeaux	1	0,6
POIDS DU BÉBÉ		
Moins de 2 500 g	9	5,1
2 500 g et plus	166	94,9
DURÉE DE LA GESTATION		
Moins de 37 semaines	14	8,0
37 semaines et plus	161	92,0

TABLEAU 20
Services reçus en pré et postnatal par les mères,
***Étape 4,* Montérégie 1999-2000**

	N	%
Total	**175**	**100**
INFORMATION REÇUE AVANT L'ACCOUCHEMENT SUR LES AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE L'ALLAITEMENT		
Oui	141	81
Non	33	19
Ne sait pas	1	1
INFORMATION REÇUE AVANT L'ACCOUCHEMENT SUR LES AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE L'ALIMENTATION AVEC DES PRÉPARATIONS LACTÉES		
Oui	119	68
Non	55	31
Ne sait pas	1	1
INFORMATION REÇUE AVANT L'ACCOUCHEMENT SUR LA FAÇON D'ALLAITER		
Oui	135	77
Non	39	22
Ne sait pas	1	1
INFORMATION REÇUE AVANT L'ACCOUCHEMENT SUR LA DURÉE IDÉALE DE L'ALLAITEMENT TOTAL		
Oui	95	54
Non	77	44
Ne sait pas	3	2
INFORMATION REÇUE AVANT L'ACCOUCHEMENT SUR LA DURÉE IDÉALE DE L'ALLAITEMENT EXCLUSIF		
Oui	106	61
Non	66	38
Ne sait pas	3	2
INFORMATION REÇUE AVANT L'ACCOUCHEMENT SUR LE MOMENT IDÉAL POUR INTRODUIRE DES SOLIDES OU DES LIQUIDES		
Oui	149	85
Non	26	15
ASSISTANCE À DES COURS PRÉNATAUX PENDANT LA GROSSESSE		
Oui	66	38
Non	109	62
L'ALLAITEMENT A ÉTÉ DISCUTÉ PENDANT LES COURS PRÉNATAUX[1]		
Oui	64	97
Non	2	3
L'ALIMENTATION AU BIBERON A ÉTÉ DISCUTÉE PENDANT LES COURS PRÉNATAUX[1]		
Oui	58	88
Non	7	11
Ne sait pas	1	1
CONTACTÉE PAR UNE INFIRMIÈRE DU CLSC AU RETOUR À LA MAISON		
Oui	162	93
Non	12	7
Ne sait pas	1	1
CONTACT AVEC UN GROUPE D'ENTRAIDE À L'ALLAITEMENT DEPUIS L'ACCOUCHEMENT[2]		
Oui	40	30
Non	95	70
USAGE DE SALLES D'ALLAITEMENT DEPUIS L'ACCOUCHEMENT[2]		
Oui	44	33
Non	91	67

[1] Questions posées seulement aux 66 mères ayant participé à des cours prénataux pendant la grossesse.
[2] Questions posées seulement aux 135 mères ayant initié l'allaitement.

TABLEAU 21
Connaissances et initiation de l'allaitement total et exclusif,
***Étape 4*, Montérégie, 1999-2000**

	Comportement d'allaitement			Catégorie d'allaitement		
	Allaitement total	Non-allaitement[1]	P[2]	Exclusif	Prédominant ou additionné de compléments	P[2]
	N=131 %	N=44 %		N=112 %	N=19 %	
Énoncés[3]						
ALLAITER EST BON POUR LA SANTÉ DE LA MÈRE						
Oui	83	66	*	85	74	n.s.
Non, neutre ou ne sait pas	17	34		15	26	
L'ALLAITEMENT MATERNEL PROTÈGE L'ENFANT DES INFECTIONS ET DE CERTAINES MALADIES						
Oui	96	77	***	96	95	n.s.
Non, neutre ou ne sait pas	4	23		4	5	
UN BÉBÉ PEUT GRANDIR NORMALEMENT JUSQU'À SIX MOIS AVEC SEULEMENT LE LAIT DE SA MÈRE						
Oui	76	75	n.s	78	63	n.s.
Non, neutre ou ne sait pas	24	25		22	37	
LES PRÉPARATIONS LACTÉES SONT AUSSI BONNES QUE LE LAIT MATERNEL						
Non	72	23	***	75	53	n.s.
Oui, neutre ou ne sait pas	28	77		25	47	
UNE MÈRE PRODUIT DU BON LAIT PEU IMPORTE LA QUALITÉ DE SON ALIMENTATION						
Oui	26	4	**	25	32	n.s.
Non, neutre ou ne sait pas	74	96		75	68	
POUR ALLAITER, IL FAUT ARRÊTER DE FUMER						
Non	14	9	n.s	15	5	n.s.
Oui, neutre ou ne sait pas	86	91		85	95	
Indice synthétique						
NOMBRE DE CONNAISSANCES JUSTES[4] SUR L'ALLAITEMENT (SUR 6)						
2 et moins	14	43	***	11	27	n.s.
3	24	41		23	26	
4	45	16		46	42	
5 ou 6	17	0		20	5	

1 Alimentation avec des préparations lactées pour nourrissons.
2 Seuils de signification du test du khi deux : *** p≤0,001, ** p≤0,01, * p≤0,05, n.s. non significatif.
3 Les réponses à ces énoncés ont été regroupées en deux catégories : la catégorie « Oui » identifiant la proportion de répondantes très ou plutôt en accord avec l'énoncé juste ou très ou plutôt en désaccord avec l'énoncé erroné et la catégorie « Non » identifiant la proportion de répondantes ni en accord ni en désaccord, très ou plutôt en désaccord avec l'énoncé juste ou très ou plutôt en accord avec l'énoncé erroné.
4 Comprend la première catégorie de réponse de chaque énoncé.

TABLEAU 22
Croyances et initiation de l'allaitement total et exclusif
***Étape 4*, Montérégie, 1999-2000**

	Comportement d'allaitement			Catégorie d'allaitement		
	Allaitement total	Non-allaitement[1]	P[2]	Exclusif	Prédominant ou additionné de compléments	P[2]
	N=131 %	N=44 %		N=112 %	N=19 %	
Énoncés						
COÛT DE L'ALLAITEMENT PAR RAPPORT AUX PRÉPARATIONS LACTÉES						
Plus	1	0	n.s.	1	0	*
Autant	1	2		0	5	
Moins	98	98		99	95	
DISPONIBILITÉ EXIGÉE DE LA MÈRE POUR L'ALLAITEMENT PAR RAPPORT AUX PRÉPARATIONS LACTÉES						
Plus	89	84	n.s.	89	90	n.s.
Autant	10	11		10	10	
Moins	1	5		1	0	
CARACTÈRE FATIGANT DE L'ALLAITEMENT PAR RAPPORT AUX PRÉPARATIONS LACTÉES						
Plus	48	60	n.s.	48	50	n.s.
Autant	24	26		24	28	
Moins	28	14		28	22	
ALLAITEMENT PAR RAPPORT AUX PRÉPARATIONS LACTÉES POUR PERMETTRE AU PÈRE DE S'OCCUPER DE SON ENFANT						
Plus	46	63	*	46	47	n.s.
Autant	51	35		51	47	
Moins	3	2		3	5	
ALLAITEMENT PAR RAPPORT AUX PRÉPARATIONS LACTÉES POUR REPRENDRE SA TAILLE PLUS RAPIDEMENT						
Plus	10	9	*	5	5	n.s.
Autant	20	43		14	17	
Moins	70	49		81	78	
CARACTÈRE PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT PAR RAPPORT AUX PRÉPARATIONS LACTÉES						
Plus	5	40	***	5	5	n.s.
Autant	15	30		14	17	
Moins	80	30		81	78	
ALLAITEMENT PAR RAPPORT AUX PRÉPARATIONS						
Plus	1	7	***	1	5	n.s.
Autant	24	70		22	37	
Moins	75	23		77	58	
Indice synthétique						
NOMBRE DE CROYANCES FAVORABLES[3] SUR L'ALLAITEMENT (SUR 7)						
0 ou 1	4	27	***	3	10	n.s.
2	15	43		14	21	
3	30	23		32	16	
4	37	7		37	42	
5 ou 6	14	0		14	10	

[1] Alimentation avec des préparations lactées pour nourrissons.
[2] Seuils de signification du test du khi deux : *** p≤0,001, ** p≤0,01, * p≤0,05, n.s. non significatif.
[3] Comprend la première catégorie de réponse de chaque énoncé.

TABLEAU 23
Motivations et initiation de l'allaitement total et exclusif, Étape 4, Montérégie, 1999-2000

	Comportement d'allaitement			Catégorie d'allaitement		
	Allaitement total	Non-allaitement[1]	P[2]	Exclusif	Prédominant ou additionné de compléments	P[2]
	N=131 %	N=44 %		N=112 %	N=19 %	
MOTIVATION INTRINSÈQUE						
Moment de la prise de décision d'allaiter						
Avant la grossesse	65	52		67	53	
En cours de grossesse	26	30		27	21	
A l'hôpital	5	7	n.s.	3	10	n.s.
N'a pas choisi	5	11		3	16	
Avoir eu l'occasion de voir ou d'observer une femme qui allaitait						
Oui	72	93	**	69	90	n.s.
Non	28	7		31	11	
MOTIVATION EXTRINSÈQUE						
Énoncés						
PERSONNES AYANT CONSEILLÉ OU DÉCONSEILLÉ L'ALLAITEMENT AVANT L'ACCOUCHEMENT						
Entourage personnel :						
Votre conjoint						
Déconseillé	1	7		1	0	
Ni conseillé, ni déconseillé	24	74	***	25	16	n.s.
Conseillé	75	19		74	84	
Votre mère						
Déconseillé	9	15		8	12	
Ni conseillé, ni déconseillé	41	75	***	43	35	n.s.
Conseillé	50	10		49	53	
Vos amis ou des membres de votre famille						
Déconseillé	4	9		3	5	
Ni conseillé, ni déconseillé	39	71	***	40	37	n.s.
Conseillé	57	20		57	58	
Entourage professionnel :						
Le médecin qui vous a suivi						
Déconseillé	0	9		0	0	
Ni conseillé, ni déconseillé	41	55	***	40	41	n.s.
Conseillé	59	36		60	59	
Les infirmières de l'hôpital						
Déconseillé	1	5		1	0	
Ni conseillé, ni déconseillé	30	56	**	31	26	n.s.
Conseillé	69	39		68	74	
Une intervenante dans les rencontres prénatales[3]						
Déconseillé	0	9		0	0	
Ni conseillé, ni déconseillé	13	24	*	13	12	n.s.
Conseillé	87	67		87	88	
Indice synthétique						
NOMBRE DE PERSONNES AYANT CONSEILLÉ L'ALLAITEMENT AVANT L'ACCOUCHEMENT						
Aucune ou une personne	14	55		13	16	
2 personnes	17	23		16	21	
3 personnes	22	11	***	24	10	n.s.
4 personnes	17	9		18	10	
5 ou 6 personnes	30	2		29	42	

[1] Alimentation avec préparations lactées pour nourrissons.
[2] Seuils de signification du test du khi deux :***p≤0,001,**≤0,01,*≤0,05, n.s. non significatif.
[3] Seulement 76 mères avaient rencontré une intervenante dans les rencontres prénatales. Parmi ces femmes, 55 ont initié l'allaitement total (47 exclusif, 8 mixte) et 21 ont donné des préparations lactées dès la naissance (non-allaitement).

TABLEAU 24
Facteurs facilitants et initiation de l'allaitement total et exclusif, Étape 4, Montérégie, 1999-2000

	Comportement d'allaitement			Catégorie d'allaitement		
	Allaitement total	Non-allaitement[1]	P[2]	Exclusif	Prédominant ou additionné de compléments	P[2]
	N=131 %	N=44 %		N=112 %	N=19 %	
BARRIÈRES À LEVER						
Éléments qui rendraient l'allaitement facile ou difficile						
Retourner au travail						
Très ou assez difficile	81	84		80	84	
Ni difficile, ni facile	4	5	n.s.	3	11	n.s.
Très ou assez facile	15	11		17	5	
Allaiter en public						
Très ou assez difficile	56	75		57	53	
Ni difficile, ni facile	8	2	n.s.	8	5	n.s.
Très ou assez facile	36	23		35	42	
Participer à des activités sociales						
Très ou assez difficile	51	66		52	44	
Ni difficile, ni facile	5	14	*	5	0	n.s.
Très ou assez facile	44	20		43	56	
ACCESSIBILITÉ						
Avoir accès à des salles d'allaitement dans les lieux publics						
Très ou assez difficile	67	73		69	59	
Ni difficile, ni facile	2	5	n.s.	1	6	n.s.
Très ou assez facile	31	22		30	35	
Avoir accès à des cours prénataux						
Très ou assez difficile	6	7		5	17	
Ni difficile, ni facile	0	0	n.s.	0	0	n.s.
Très ou assez facile	94	93		95	83	

[1] Alimentation avec préparations lactées pour nourrissons.
[2] Seuils de signification du test du khi deux : *** p≤0,001, ** p≤0,01, * p≤0,05, n.s. non significatif.

TABLEAU 25
Connaissances et durée de l'allaitement total à trois mois et à six mois, chez les 135 mères ayant initié l'allaitement,
***Étape 4,* Montérégie,1999-2000**

	Comportement d'allaitement					
	3 mois			6 mois		
	Allaitement total	Non-allaitement[1]	p[2]	Allaitement total	Non-allaitement[1]	p[2]
	N=80 %	N=55 %		N=52 %	N=83 %	
Énoncés[3]						
ALLAITER EST BON POUR LA SANTÉ DE LA MÈRE						
Oui	86	74	n.s.	89	77	n.s.
Non, neutre ou ne sait pas	14	26		11	23	
L'ALLAITEMENT MATERNEL PROTÈGE L'ENFANT DES INFECTIONS ET DE CERTAINES MALADIES						
Oui	99	93	n.s.	100	94	n.s.
Non, neutre ou ne sait pas	1	7		0	6	
UN BÉBÉ PEUT GRANDIR NORMALEMENT JUSQU'À SIX MOIS AVEC SEULEMENT LE LAIT DE SA MÈRE						
Oui	78	73	n.s.	81	72	n.s.
Non, ou ne sait pas	22	27		19	28	
LES PRÉPARATIONS LACTÉES SONT AUSSI BONNES QUE LE LAIT MATERNEL						
Non	80	58	**	81	65	*
Oui ou ne sait pas	20	42		19	35	
UNE MÈRE PRODUIT DU BON LAIT PEU IMPORTE LA QUALITÉ DE SON ALIMENTATION						
Oui	31	16	**	36	18	*
Non, neutre ou ne sait pas	69	84		64	82	
POUR ALLAITER, IL FAUT ARRÊTER DE FUMER						
Non	12	16	n.s.	10	17	n.s.
Oui, neutre ou ne sait pas	88	84		90	83	
Indice synthétique						
NOMBRE DE CONNAISSANCES JUSTES[4] SUR L'ALLAITEMENT (SUR 6)						
2 et moins	10	20	*	10	17	*
3	20	33		15	31	
4	46	40		48	41	
5 ou 6	24	7		27	11	

[1] Alimentation avec préparations lactées pour nourrissons.
[2] Seuils de signification du test du khi deux : *** p≤0,001, ** p≤0,01, * p≤0,05, n.s. non significatif.
[3] Les réponses à ces énoncés ont été regroupées en deux catégories : la catégorie « Oui » identifiant la proportion de répondantes très ou plutôt en accord avec l'énoncé juste ou très ou plutôt en désaccord avec l'énoncé erroné et la catégorie « Non » identifiant la proportion de répondantes ni en accord ni en désaccord, très ou plutôt en désaccord avec l'énoncé juste ou très ou plutôt en accord avec l'énoncé erroné.
[4] Comprend la première catégorie de réponse de chaque énoncé.

TABLEAU 26
Croyances et durée de l'allaitement total à trois mois et à six mois chez les 135 mères ayant initié l'allaitement, *Étape 4,* Montérégie, 1999-2000

	Comportement d'allaitement					
	3 mois			6 mois		
	Allaitement total	Non-allaitement[1]	p[2]	Allaitement total	Non-allaitement[1]	p[2]
	N=80 %	N=55 %		N=52 %	N=83 %	
Énoncés						
COÛT DE L'ALLAITEMENT PAR RAPPORT AUX PRÉPARATIONS LACTÉES						
Plus	1	0		2	0	
Autant	0	2	n.s.	0	1	n.s.
Moins	99	98		98	99	
DISPONIBILITÉ EXIGÉE DE LA MÈRE POUR L'ALLAITEMENT PAR RAPPORT AUX PRÉPARATIONS LACTÉES						
Plus	86	95		87	92	
Autant	13	5	n.s.	11	8	n.s.
Moins	1	0		2	0	
CARACTÈRE FATIGUANT DE L'ALLAITEMENT PAR RAPPORT AUX PRÉPARATIONS LACTÉES						
Plus	34	66		22	62	
Autant	30	17	**	27	23	***
Moins	36	17		51	15	
ALLAITEMENT PAR RAPPORT AUX PRÉPARATIONS LACTÉES POUR PERMETTRE AU PÈRE DE S'OCCUPER DE SON ENFANT						
Moins	39	57		35	54	
Autant	60	37	*	63	43	n.s.
Plus	1	6		2	3	
ALLAITEMENT PAR RAPPORT AUX PRÉPARATIONS LACTÉES POUR REPRENDRE SA TAILLE RAPIDEMENT						
Moins	12	8		13	9	
Aussi	13	29	n.s.	13	24	n.s.
Plus	75	63		74	67	
CARACTÈRE PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT PAR RAPPORT AUX PRÉPARATIONS LACTÉES						
Moins	1	13		0	10	
Autant	13	19	**	8	20	**
Plus	86	68		92	70	
ALLAITEMENT PAR RAPPORT AUX PRÉPARATIONS LACTÉES POUR FACILITER LE LIEN MÈRE/ENFANT						
Moins	0	6		0	4	
Autant	14	39	***	10	33	**
Plus	86	56		90	63	
Indice synthétique						
NOMBRE DE CROYANCES FAVORABLES[3] À L'ALLAITEMENT (SUR 7)						
0 ou 1	0	11		0	7	
2	10	24		2	24	
3	25	34	***	23	33	***
4	48	24		48	31	
5 ou 6	17	7		27	5	

[1] Alimentation avec préparations lactées pour nourrissons.
[2] Seuils de signification du test du khi deux : *** p≤0,001, ** p≤0,01, * p≤0,05, n.s. non significatif.
[3] Comprend la première catégorie de réponse de chaque énoncé.

TABLEAU 27
Motivations et durée de l'allaitement total à trois mois et à 6 mois chez les 135 mères ayant initié l'allaitement, Étape 4, Montérégie, 1999-2000

	Comportement d'allaitement					
	3 mois			6 mois		
	Allaitement total	Non-allaitement[1]	p[2]	Allaitement total	Non-allaitement[1]	p[2]
	N=80 %	N=55 %		N=52 %	N=83 %	
MOMENT DE LA PRISE DE DÉCISION D'ALLAITER						
Avant la grossesse	79	44	***	79	55	**
En cours de grossesse	20	33		19	29	
À l'hôpital ou n'a pas choisi	1	23		2	16	
AVOIR EU L'OCCASION DE VOIR OU D'OBSERVER UNE FEMME QUI ALLAITAIT						
Oui	69	75	n.s.	71	71	n.s.
Non	31	25		29	29	
Perception du degré de difficulté à allaiter						
DURANT LA PREMIÈRE SEMAINE DE VIE DE VOTRE ENFANT, ALLAITER ÉTAIT-IL FACILE OU DIFFICILE?						
Très ou assez difficile	35	62	**	33	54	*
Ni difficile, ni facile	4	4		2	5	
Très ou assez facile	61	34		65	41	
POUR LE RESTE DE LA PÉRIODE OÙ VOUS AVEZ ALLAITÉ, ALLAITER ÉTAIT-IL FACILE OU DIFFICILE?						
Très ou assez difficile	10	66	***	6	42	***
Ni difficile, ni facile	8	0		2	9	
Très ou assez facile	82	34		92	49	
Difficultés d'allaitement rencontrées pendant la première semaine d'allaitement						
Énoncés						
DES DOULEURS AUX MAMELONS						
Non[3]	52	44	n.s.	48	49	n.s.
Oui	48	56		52	51	
DES DOULEURS AUX SEINS						
Non[3]	74	58	n.s.	71	65	n.s.
Oui	26	42		29	35	
PAS ASSEZ DE LAIT						
Non[3]	91	77	*	92	81	n.s.
Oui	9	23		8	19	
LE BÉBÉ N'ÉTAIT PAS SATISFAIT						
Non[3]	91	61	***	94	70	***
Oui	9	39		6	30	
LE BÉBÉ REFUSAIT LE SEIN						
Non[3]	91	82	n.s.	92	84	n.s.
Oui	9	18		8	16	
LE BÉBÉ AVAIT DE LA DIFFICULTÉ À TÉTER						
Non[3]	82	78	n.s.	81	81	n.s.
Oui	18	22		19	19	
Indice synthétique						
NOMBRE DE DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PENDANT LA PREMIÈRE SEMAINE D'ALLAITEMENT (6)						
0	35	18	*	31	27	n.s.
1	31	24		33	25	
2 ou 3	29	44		33	36	
4 et plus	5	14		3	12	

	Comportement d'allaitement					
	3 mois			6 mois		
	Allaitement total	Non-allaitement[1]	p[2]	Allaitement total	Non-allaitement[1]	p[2]
	N=80 %	N=55 %		N=52 %	N=83 %	
Difficultés d'allaitement rencontrées pendant toute la période durant laquelle la mère a allaité						
Énoncés						
DES DOULEURS AUX MAMELONS						
Non	36	33	n.s.	31	37	n.s.
Oui	64	67		69	63	
DES DOULEURS AUX SEINS						
Non	36	49	n.s.	33	47	n.s.
Oui	64	51		67	53	
PAS ASSEZ DE LAIT						
Non	78	62	*	85	63	**
Oui	22	38		15	37	
LE BÉBÉ N'ÉTAIT PAS SATISFAIT						
Non	83	51	***	89	58	***
Oui	17	49		11	42	
LE BÉBÉ REFUSAIT LE SEIN						
Non	85	80	n.s.	86	81	n.s.
Oui	15	20		14	19	
LE BÉBÉ AVAIT DE LA DIFFICULTÉ À TÉTER						
Non	80	78	n.s.	79	80	n.s.
Oui	20	22		21	20	
Indice synthétique						
NOMBRE DE DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PENDANT TOUTE LA PÉRIODE DURANT LAQUELLE LA MÈRE A ALLAITÉ (SUR 6)						
0	10	2	n.s.	11	4	n.s.
1	24	31		19	31	
2 ou 3	50	45		58	43	
4 et plus	15	22		11	22	

[1] Alimentation avec préparations lactées pour nourrissons.
[2] Seuils de signification du test du khi deux : *** p≤0,001, **p≤0,01, * p≤0,05, n.s. non significatif.
[3] Inclut les mères n'ayant jamais rencontré de difficulté et les mères ayant rencontré une difficulté seulement au-delà de la première semaine.

TABLEAU 28
Facteurs facilitants et durée de l'allaitement total à trois mois et à six mois chez les 135 mères ayant initié l'allaitement, *Étape 4,* Montérégie 1999-2000

	Comportement d'allaitement					
	3 mois			6 mois		
	Allaitement total	Non-allaitement[1]		Allaitement total	Non-allaitement[1]	
	N=80 %	N=55 %	P [2]	N=52 %	N=83 %	p [2]
BARRIÈRES À LEVER						
Éléments qui rendraient l'allaitement facile ou difficile						
Retourner au travail						
Très ou assez difficile	76	89		81	82	
Ni difficile, ni facile	5	2	n.s.	2	5	n.s.
Très ou assez facile	19	9		17	13	
Allaiter en public						
Très ou assez difficile	56	55		54	57	
Ni difficile, ni facile	6	9	n.s.	8	7	n.s.
Très ou assez facile	38	36		38	36	
Participer à des activités sociales						
Très ou assez difficile	48	55		40	58	
Ni difficile, ni facile	5	6	n.s.	4	6	n.s.
Très ou assez facile	47	39		56	36	
ACCESSIBILITÉ						
Avoir accès à des salles d'allaitement dans les lieux publics						
Très ou assez difficile	70	62		73	62	
Ni difficile, ni facile	3	2	n.s.	4	2	n.s.
Très ou assez facile	27	36		23	36	
Avoir accès à des cours prénataux						
Très ou assez difficile	7	7		10	5	
Ni difficile, ni facile	0	0	n.s.	0	0	n.s.
Très ou assez facile	93	93		90	95	
HABILETÉ À SURMONTER LES DIFFICULTÉS RELIÉES À L'ALLAITEMENT						
	N=73 %	N=54 %	P [2]	N=47 %	N=80 %	p [2]
AVOIR RÉUSSI À SURMONTER TOUTES LES DIFFICULTÉS RELIÉES À L'ALLAITEMENT						
Oui	95	44	**	100	58	***
Non	5	56		0	42	
	N=69 %	N=24 %	P [2]	N=47 %	N=46 %	p [2]
PERSONNE QUI A LE PLUS AIDÉ À SURMONTER LES DIFFICULTÉS RELIÉES À L'ALLAITEMENT						
Démarche personnelle	38	29	n.s.	40	30	n.s.
Entourage personnel						
Conjoint	25	8		21	20	
Mère	6	13	n.s.	6	9	n.s.
Amis ou des membres de votre famille	4	8		4	6	
Entourage professionnel						
Médecin	1	8	n.s.	0	7	n.s.
Infirmière ou intervenante de l'hôpital	12	8		11	11	
Intervenante du CLSC	9	17		9	13	
Intervenante du groupe d'entraide à l'allaitement	6	8		9	4	

[1] Alimentation avec préparations lactées pour nourrissons
[2] Seuils de signification du test du khi deux : ***p=0,001,** =0,01,* =0,05, n.s. non significatif.

TABLEAU 29
Facteurs de renforcement et durée de l'allaitement total à trois mois et à six mois chez les 135 mères ayant initié l'allaitement,
***Étape 4,* Montérégie, 1999-2000**

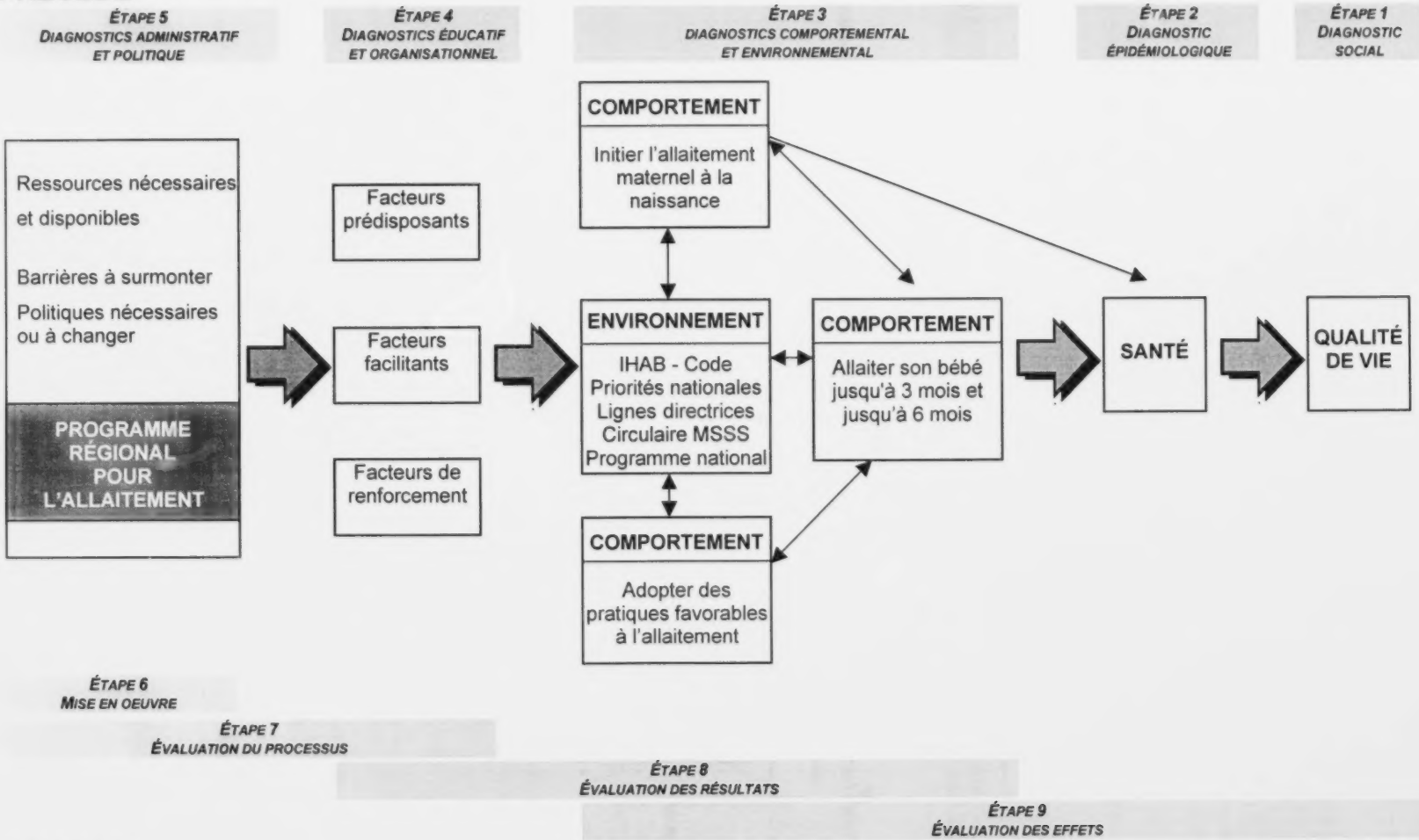
	Comportement d'allaitement					
	3 mois			6 mois		
	Allaitement total	Non-allaitement[1]	P[2]	Allaitement total	Non-allaitement[1]	p[2]
	N=80 %	N=55 %		N=52 %	N=83 %	
Énoncés						
LE SOUTIEN DE L'ENTOURAGE PENDANT LA PÉRIODE OÙ LA MÈRE A ALLAITÉ (AVOIR DIT OU FAIT QUELQUE CHOSE POUR AIDER LA MÈRE À CONTINUER D'ALLAITER)						
ENTOURAGE PERSONNEL :						
Votre conjoint						
Pas du tout	24	36		21	33	
Un peu	11	11	n.s.	14	10	n.s.
Modérément	15	11		10	16	
Beaucoup	50	42		55	41	
Votre mère						
Pas du tout	40	53		45	46	
Un peu	16	6	n.s.	16	9	n.s.
Modérément	22	12		16	19	
Beaucoup	22	29		22	26	
ENTOURAGE PROFESSIONNEL						
Médecin de la mère ou de bébé						
Pas du tout	36	56		33	51	
Un peu	15	11	n.s.	15	13	*
Modérément	16	19		13	20	
Beaucoup	33	14		39	16	
Une infirmière						
Pas du tout	30	24		26	28	
Un peu	9	11	n.s.	10	10	n.s.
Modérément	16	7		16	10	
Beaucoup	45	57		47	52	
Une intervenante d'un groupe d'entraide à l'allaitement[3]						
Pas du tout	14	29		18	19	
Un peu	14	0	n.s.	9	10	n.s.
Modérément	21	21		14	28	
Beaucoup	52	50		59	43	
Indice synthétique						
NOMBRE DE PERSONNES AYANT AIDÉ LA MÈRE À CONTINUER D'ALLAITER[4]						
Aucune	16	18		14	19	
Une	14	22	n.s.	15	18	n.s.
Deux ou trois	44	42		46	41	
Quatre ou cinq	26	18		25	22	

[1] Alimentation avec préparations lactées pour nourrissons.
[2] Seuils de signification du test du khi deux :***p≤0,001,**≤ 0,01,*≤ 0,05, n.s. non significatif.
[3] Seulement 43 mères ont dit dans cette question avoir contacté une intervenantes d'un groupe d'entraide à l'allaitement. Parmi ces femmes, 29 allaitaient à 3 mois et 22 allaitaient à 6 mois.
[4] Comprend les deux dernières catégories de réponse de chaque énoncé.

ANNEXE 1

MODÈLE PRECEDE-PROCEED

PRECEDE



PROCEED

ANNEXE 2

FACTEURS ASSOCIÉS À L'INITIATION ET AU MAINTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Tableau 1. Facteurs associés à l'initiation de l'allaitement maternel

Facteurs associés à l'initiation de l'allaitement total (positifs ou négatifs)	Références
Âge de la mère	21,23,24
Tabagisme post-partum	21,26,33,74,142
Langue maternelle	21,26,33
Avoir été allaité	21,33
Revenu familial	21,23,24
Niveau de scolarité	20,23,24,26,33,74,127,128
État civil ou statut social	21,23,24,26,127
Poids à la naissance du bébé	74
Stress financier	127
Moment de la prise de décision d'allaiter	21,33
Participation à des cours prénataux	33,127,182
Avoir reçu de l'information diverse	33
Encouragements et influence de toutes sortes - Entourage personnel - Entourage professionnel	 23,128,182-184 24,128,182
Avoir un emploi avant l'accouchement	21
Avoir vu une mère allaiter	21
Connaissances, croyances, barrières	24,127,152,184
Choix personnel	28

Tableau 2. Facteurs associés au maintien[1] de l'allaitement maternel

Facteurs associés au maintien de l'allaitement total (positifs ou négatifs)	Références
Âge de la mère	21,23,24,26,127,130
Parité	20,22,130
Tabagisme post-partum	26,74,127,130,142
Expérience d'allaitement	22
Langue maternelle/pays d'origine	20,21,22,26
Avoir été allaité	21,22
Avoir vu une mère allaiter	21,77
Revenu familial	21-24
Niveau de scolarité	20,22-24,26,74, 127
Retour au travail	20,21,28,33,77,130
Supplémentation au CH	21,74
Poids à la naissance du bébé	130
Moment de la prise de décision d'allaiter	22,33,74
Participation à des cours prénataux	21,33,130,135
Participation à des programmes de visites à domicile	127,185
Encouragements et influence de toutes sortes - Entourage personnel - Entourage professionnel	 20,77 21,77,186
Cadeaux/échantillons à l'hôpital	33,187
Avoir un emploi avant l'accouchement	26
Croyances, confiance en soi, barrières	20,77
Durée/respect de l'intention d'allaiter	33,77,130
Motivation/choix personnel	21,28
Avoir reçu de l'information diverse	33
Présence de problèmes liés à l'allaitement	33

Facteurs associés au maintien de l'allaitement exclusif (positifs ou négatifs)	**Références**
Durée de l'intention d'allaiter	33
Avoir reçu de l'information diverse	33
Présence de problèmes liés à l'allaitement	33
Supplémentation au CH	33

[1] Les facteurs associés au maintien de l'allaitement varient selon différentes périodes chronologiques.

ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE AUPRÈS DES MÈRES

ID : _ _ _

CODE DE CLSC : _____

CODE DE L'ÉTABLISSEMENT : _____

DATE : ___/___/___

Étude sur la prévalence de l'allaitement maternel et les facteurs associés en Montérégie

Questionnaire auprès des mères

À L'INTERVIEWER: *Ne mentionner aucun choix de réponse dans ce questionnaire*

1. Lors de votre dernier accouchement, avez-vous eu une fille ou un garçon ?
   1- Fille
   2- Garçon
   3- Jumeau fille
   4- Jumeau garçon
   5- Ne sait pas

2. Quelle est sa date de naissance ?
   _____jour /_____mois /_____année

   1- Donc, il/elle a :_____ semaines (_____ mois)
   2- Ne sait pas

3. Combien pesait-il (elle) à sa naissance?
   1- _____ g (____lbs ____oz)
   2- Ne sait pas

4. Combien de semaines de grossesse aviez-vous complété au moment de l'accouchement ?
   1- _____ semaines
   2- Ne sait pas

5. Avez-vous accouché de façon naturelle (voie vaginale) ou par césarienne ?
   1- De façon naturelle (voie vaginale)
   2- Par césarienne
   3- Ne sait pas

6. Quelle a été la durée de votre séjour à l'hôpital (en calculant à partir de l'heure de la naissance de votre bébé)?
   1- _____ heures (_____ heures, _____ jours)
   2- Ne sait pas

Lire à la mère : Les prochaines questions portent sur l'alimentation de votre dernier bébé depuis sa naissance. Voici quelques définitions qui pourront vous éclairer au cours de ces questions :

Quand je parle de votre propre lait, c'est le lait maternel que vous auriez pu donner ou que vous auriez pu exprimer pour le donner à votre enfant.
Quand je parle de préparations lactées, ce sont les formules de lait artificiel que l'on peut acheter au magasin pour nourrir son enfant.

7. a) Dans les 24 heures suivant la naissance, votre bébé a-t-il reçu votre propre lait, une préparation lactée ou les deux ?
   1- Lait maternel (sein / biberon ou autre dispositif avec du lait maternel)
   2- Préparation lactée
   3- Lait maternel ET préparation lactée
   4- Ne sait pas

   b) À la sortie de l'hôpital, votre bébé recevait-il votre propre lait, une préparation lactée ou les deux ?
   1- Lait maternel (sein / biberon ou autre dispositif avec du lait maternel)
   2- Préparation lactée
   3- Lait maternel ET préparation lactée
   4- Ne sait pas

Si la mère a répondu « 2-préparations lactées » ou « 3-Lait maternel et préparations lactées » aux questions <7a> et/ou <7b>, inscrire oui à la question <7c> et passez à la question <8>.

   c) Durant tout le séjour à l'hôpital, votre enfant a-t-il reçu des préparations lactées?

   1- Oui (Valider avec la question <7b>)
   2- Non
   3- Ne sait pas

8. Quand avez-vous décidé de la façon de nourrir votre bébé ?

À L'INTERVIEWER : LIRE LES CHOIX DE RÉPONSE

   1- Avant la grossesse
   2- En cours de la grossesse
   3- À l'hôpital,
   4- Je n'ai pas choisi
   5- Ne sait pas

9. Avant l'accouchement, avez-vous déjà eu l'occasion de voir ou d'observer une femme qui allaitait ?
   1- Oui
   2- Non
   3- Ne sait pas

Si, à la question <7a> et <7b>, les réponses données sont «2-préparation lactée», passez à la question <34>.

10. Avant la naissance de votre dernier bébé, combien de temps aviez-vous l'intention d'allaiter au total, en incluant la période où vous offririez d'autres aliments ou boissons ?
    1- _____mois
    2- Jusqu'au sevrage naturel, jusqu'à ce que le bébé arrête de lui-même
    3- Ne sait pas

11. Avant la naissance de votre dernier bébé, combien de temps aviez-vous l'intention d'allaiter de façon exclusive, c'est-à-dire uniquement avec votre propre lait, sans autres aliments ou boissons ?
    1- _____mois
    2- Jusqu'au sevrage naturel, jusqu'à ce que le bébé arrête de lui-même
    3- Ne sait pas

12. Présentement, nourrissez-vous encore votre bébé avec votre propre lait ?
    1 Oui — *Passez à la question <14>*
    2 Non — *Passez à la question <13>*
    3 Ne sait pas — *Passez à la question <13>*

13. Jusqu'à quel âge votre enfant a-t-il reçu votre propre lait, en incluant la période où vous avez offert d'autres aliments ou boissons ? (*Valider avec <2> et <12>*)

Réponse donnée par la mère
___jours, ___semaines, ____mois, ____date(si jusqu'à aujourd'hui, date actuelle)

    1- _____jours
    2- Ne sait pas

14. Jusqu'à quel âge votre enfant a-t-il reçu uniquement votre propre lait, c'est-à-dire sans autres aliments et boissons comme de l'eau, de l'eau sucrée, de la tisane, du jus, du lait de vache, des préparations lactées ou des aliments solides ?

Réponse donnée par la mère
___jours, ___semaines, ____mois, ____date(si jusqu'à aujourd'hui, date actuelle)

    1- _____jours
    2- Ne sait pas

<u>Lire à la mère</u> : Maintenant, j'ai des questions plus précises par rapport à chacun des aliments qui ont pu être donnés à votre dernier bébé depuis sa naissance en incluant le séjour à l'hôpital.

15. Depuis sa naissance, votre enfant a-t-il reçu de l'eau, de l'eau sucrée ou de la tisane ?
    1- Oui — *Passez à la question <16>*
    2- Non — *Passez à la question <17>*
    3- Ne sait pas — *Passez à la question <17>*

16. Quel âge avait votre enfant lorsqu'il a reçu de l'eau, de l'eau sucrée ou de la tisane pour la première fois ? (*Valider avec <14>*)

Réponse donnée par la mère

___jours, ___semaines, ____mois, ____date(si jusqu'à aujourd'hui, date actuelle)

1- _____jours
2- Ne sait pas

17. Depuis sa naissance, votre enfant a-t-il reçu du lait de vache ou des préparations lactées ?

1- Oui *Passez à la question <18>*
2- Non *Passez à la question <20>*
3- Ne sait pas *Passez à la question <20>*

18. Quel âge avait votre enfant lorsqu'il a reçu du lait de vache ou des préparations lactées pour la première fois ? (*Valider avec <14>*)

Réponse donnée par la mère

___jours, ___semaines, ____mois, ____date(si jusqu'à aujourd'hui, date actuelle)

1- _____ semaines
2- Ne sait pas

19. À partir de quel âge votre bébé a-t-il reçu au moins un biberon de lait de vache ou de préparation lactée par jour ?

Réponse donnée par la mère

___jours, ___semaines, ____mois, ____date(si jusqu'à aujourd'hui, date actuelle)

1- _____ semaines
2- Pas commencé de façon régulière
3- Ne sait pas

20. Depuis sa naissance, votre enfant a-t-il reçu du jus ?

1- Oui *Passez à la question <21>*
2- Non *Passez à la question <22>*
3- Ne sait pas *Passez à la question <22>*

21. Quel âge avait votre enfant lorsqu'il a reçu du jus pour la première fois ?
(*Valider avec <14>*)

Réponse donnée par la mère

___jours, ___semaines, ____mois, ____date(si jusqu'à aujourd'hui, date actuelle)

1- _____ semaines
2- Ne sait pas

22. Depuis sa naissance, votre enfant a-t-il reçu d'autres aliments, tels que des céréales, des légumes, des fruits ou de la viande ?
    1- Oui — *Passez à la question <23>*
    2- Non — *Passez à la question <24>*
    3- Ne sait pas — *Passez à la question <24>*

23. Quel âge avait votre enfant lorsqu'il a reçu pour la première fois d'autres aliments, tels que des céréales, des légumes, des fruits ou de la viande ? (*Valider avec <14>*)

    Réponse donnée par la mère

    ___jours, ___semaines, ____mois, ____date(si jusqu'à aujourd'hui, date actuelle)

    1- _____ semaines
    2- Ne sait pas

24. Selon vous, durant la première semaine de vie de votre enfant, allaiter était-il facile ou difficile?

Très difficile	*Assez difficile*	*Ni difficile, ni facile*	*Assez facile*	*Très facile*	*Ne sait pas*
1	2	3	4	5	6

25. Selon vous, après la première semaine de vie de votre enfant et pour le reste de la période où vous avez allaité, allaiter était-il facile ou difficile?

Très difficile	*Assez difficile*	*Ni difficile, ni facile*	*Assez facile*	*Très facile*	*Ne sait pas*	*N'a pas allaité plus d'une semaine*
1	2	3	4	5	6	7

26. Avez-vous contacté un groupe d'entraide à l'allaitement depuis la naissance de votre enfant?
    1- Oui
    2- Non
    3- Ne sait pas

27. Avez-vous utilisé des salles d'allaitement depuis la naissance de votre enfant ?
    1- Oui
    2- Non
    3- Ne sait pas

28. Pendant toute la période où vous avez allaité, les personnes suivantes ont-elles dit ou fait quelque chose qui vous a aidé à continuer d'allaiter ?

	Pas du tout	*Un peu*	*Modérément*	*Beaucoup*	*N/A*
a. Votre conjoint	1	2	3	4	5
b. Votre mère	1	2	3	4	5
c. Le médecin qui s'occupe de vous ou de votre bébé	1	2	3	4	5
d. Une infirmière	1	2	3	4	5
e. Une intervenante d'un groupe d'entraide à l'allaitement	1	2	3	4	5
f. Autre :	1	2	3	4	5

Lire à la mère : Maintenant, j'ai quelques questions sur les difficultés que vous avez eues ou que vous auriez pu avoir en cours d'allaitement.

29. Pendant toute la période où vous avez allaité, avez-vous rencontré les difficultés suivantes ?

À l'interviewer : Si la mère répond oui à un problème, demander quand l'a-t-elle rencontré ce problème : durant la première semaine d'allaitement et/ou pendant toute la période d'allaitement.

	Jamais	*1ière semaine*	*Pendant toute la période d'allaitement*	*Ne sait pas*
a. Des douleurs aux mamelons (gerçures, crevasses)	1	2	3	4
b. Des douleurs aux seins (engorgements, mastites, canal obstrué)	1	2	3	4
c. Pas assez de lait	1	2	3	4
d. Le bébé n'était pas satisfait	1	2	3	4
e. Le bébé refusait le sein	1	2	3	4
f. Le bébé avait de la difficulté à téter	1	2	3	4
g. Autre :	1	2	3	4

Si la mère a répondu « jamais » et/ou « ne sait pas » à toutes les difficultés, passez à la question <32>.

30. Avez-vous réussi à surmonter toutes ces difficultés ?

1- Oui	*Passez à la question <31>*
2- Non	*Passez à la question <33>*
3- Ne sait pas	*Passez à la question <33>*

31. Qui vous a le plus aidé à les surmonter ?

À L'INTERVIEWER : UNE SEULE MENTION POSSIBLE

1-	Démarche personnelle
2-	Une des infirmières ou autre intervenante de l'hôpital
3-	Une intervenante de mon CLSC
4-	Une intervenante d'un groupe d'entraide à l'allaitement
5-	Mon médecin
6-	Mon conjoint
7-	Ma mère
8-	Autres membres de ma famille
9-	Amies
10-	Autre :_____
11-	Ne sait pas

<u>Lire à la mère</u> : Les prochaines questions portent sur les facteurs pouvant être reliés à l'alimentation de votre dernier enfant.

32. Avant la naissance de votre dernier enfant, les personnes suivantes vous ont-elles conseillé d'allaiter, déconseillé d'allaiter ou ni l'un, ni l'autre ?

	Déconseillé	*Ni conseillé ni déconseillé*	*Conseillé*	*N/A*
a. Votre conjoint	1	2	3	4
b. Votre mère	1	2	3	4
c. Vos amis ou membres de votre famille	1	2	3	4
d. Le médecin qui vous a suivi	1	2	3	4
e. Les infirmières de l'hôpital	1	2	3	4
f. Une intervenante dans les rencontres prénatales	1	2	3	4

33. Pour chacun des énoncés suivants, indiquez si vous êtes en accord ou en désaccord.

À l'interviewer : S'il y a hésitation, proposer la réponse ni en accord, ni en désaccord. Après avoir obtenu la réponse en accord/en désaccord, demander de préciser entre très en accord/en désaccord ou plutôt en accord/en désaccord.

	Très en désaccord	*Plutôt en désaccord*	*Ni en accord, ni en désaccord*	*Plutôt en accord*	*Très en accord*	*Ne sait pas*
a. Allaiter, c'est bon pour la santé de la mère.	1	2	3	4	5	6
b. Les préparations lactées sont aussi bonnesque le lait maternel.	1	2	3	4	5	6
c. L'allaitement maternel, ça protège l'enfant des infections et de certaines maladies.	1	2	3	4	5	6
d. Un bébé peut grandir normalement e. jusqu'à 6 mois avec seulement le lait de sa mère.	1	2	3	4	5	6
f. Pour allaiter, il faut arrêter de fumer.	1	2	3	4	5	6
g. Quand une mère allaite, elle produit du bon lait, peu importe la qualité de son alimentation.	1	2	3	4	5	6

34. Maintenant, indiquez si les éléments suivants rendraient l'allaitement facile ou difficile.

	Très difficile	*Assez difficile*	*Ni difficile, ni facile*	*Assez facile*	*Très facile*	*Ne sait pas*
a. Allaiter en public.	1	2	3	4	5	6
b. Participer à des activités sociales.	1	2	3	4	5	6
c. Retourner au travail.	1	2	3	4	5	6
d. Autre :	1	2	3	4	5	6

35. Selon vous, est-ce que l'allaitement...

	Plus	*Autant*	*Moins*	*Ne sait pas*
a. coûte plus, autant ou moins cher que de donner des préparations lactées.	1	2	3	4
b. est plus, autant ou moins pratique que de donner des préparations lactées	1	2	3	4
c. est plus, autant ou moins fatigant que de donner des préparations lactées	1	2	3	4
d. permet de reprendre sa taille plus, autant ou moins vite que de donner des préparations lactées.	1	2	3	4
e. exige que la mère soit plus, autant ou moins disponible qu'en donnant des préparations lactées.	1	2	3	4
f. facilite plus, autant ou moins un lien mère / enfant que de donner des préparations lactées.	1	2	3	4
g. permet plus, autant ou moins au père de s'occuper de son enfant qu'en donnant des préparations lactées.	1	2	3	4

36. Avez-vous eu de l'information sur les sujets suivants avant la naissance de votre dernier enfant:

	Non	*Oui*	*Ne sait pas*
a. Les avantages et inconvénients de l'allaitement ?	1	2	3
b. Les avantages et inconvénients de l'alimentation avec des préparations lactées ?	1	2	3
c. La façon d'allaiter son enfant ?	1	2	3
Avez-vous eu de l'information sur....			
a. La durée idéale de l'allaitement exclusif, c'est-à-dire uniquement avec le lait maternel ?	1	2	3
b. La durée idéale de l'allaitement total,c'est-à-dire en incluant d'autres aliments et boissons ?	1	2	3
c. Le moment idéal pour introduire des aliments solides ou des liquides chez les enfants?	1	2	3

Lire à la mère : Maintenant, j'ai quelques questions sur les ressources disponibles depuis le début de votre dernière grossesse. On achève!!!

37. Pensez-vous qu'il est facile ou difficile d'avoir accès à des salles d'allaitement ?

Très difficile	*Assez difficile*	*Ni difficile, ni facile*	*Assez facile*	*Très facile*	*Ne sait pas*
1	2	3	4	5	6

38. Pensez-vous qu'il est facile ou difficile d'avoir accès à des cours prénataux ?

Très difficile	*Assez difficile*	*Ni difficile, ni facile*	*Assez facile*	*Très facile*	*Ne sait pas*
1	2	3	4	5	6

39. Avez-vous assisté à des cours prénataux pendant votre dernière grossesse ?
    1- Oui — *Passez à la question <40>*
    2- Non — *Passez à la question <42>*
    3- Ne sait pas — *Passez à la question <42>*

40. Est-ce qu'on a parlé de l'allaitement maternel lors de ces rencontres ?
    1- Oui
    2- Non
    3- Ne sait pas

41. Est-ce qu'on a parlé de l'alimentation au biberon lors de ces rencontres ?
    1- Oui
    2- Non
    3- Ne sait pas

42. Est-ce qu'une infirmière du CLSC vous a contacté (téléphone ou visite) après votre retour à la maison ?
    1- Oui
    2- Non
    3- Ne sait pas

43. Pendant votre grossesse, fumiez-vous au moins une cigarette par jour ?
    1- Oui
    2- Non
    3- Ne sait pas

44. Depuis l'accouchement, fumez-vous au moins une cigarette par jour ?
    1- Oui
    2- Non
    3- Ne sait pas

45. Avant votre accouchement, travailliez-vous ou étudiez-vous à l'extérieur de la maison?
    1- Non — *Passez à la question <47>*
    2- Oui, à temps partiel — *Passez à la question <46>*
    3- Oui, à temps plein — *Passez à la question <46>*
    4- Oui, aux études — *Passez à la question <46>*
    5- Ne sait pas — *Passez à la question <46>*

46. Quel âge avait ou aura votre enfant lors de votre retour au travail ou aux études à l'extérieur de la maison?

    Réponse donnée par la mère

    ____semaines, ____mois

    1- _____mois
    2- Pas de retour au travail ou aux études prévu
    3- Ne sait pas quand elle retournera

FACTEURS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

47. Au moment de l'accouchement, quel âge aviez-vous ?
    1- _____ ans
    2- Ne sait pas

48. Au moment de l'accouchement, quel était votre plus haut niveau de scolarité complété ?
    1- Secondaire non complété _____ années
    2- Secondaire complété
    3- Diplôme d'études collégiales
    4- Diplôme universitaire
    5- Ne sait pas

49. Au moment de l'accouchement, quel était votre état civil ?
    1- Mariée
    2- Célibataire (jamais mariée)
    3- Séparée
    4- Divorcée
    5- Veuve
    6- Ne sait pas

50. Au moment de l'accouchement, quel était votre statut social ?
    1- Vivant en couple
    2- Vivant seule
    3- Autre :_____
    4- Ne sait pas

51. Combien d'enfants avez-vous eu avant celui-ci?
    1- Aucun
    2- 1 enfant
    3- 2 enfants
    4- 3 enfants
    5- Plus de 3 enfants
    6- Ne sait pas

52. Combien de personnes vivent présentement chez vous (même si temporairement absentes pour voyages d'affaires, d'études ou vacances)

À l'interviewer : Inclure les enfants en garde partagée s'ils demeurent dans le ménage pour la majorité du temps

    1- _____ personnes

    Si 1-2 personnes, passez à la question <53a>

    Si 3-4 personnes, passez à la question <53b>

    Si 5 personnes et plus, passez à la question <53c>

    2- Ne sait pas

53. Pour l'année 1999, quel était votre revenu brut global provenant de toutes sources et avant impôts et déductions pour l'ensemble des personnes vivant dans le ménage?

À L'INTERVIEWER : LIRE LES CHOIX DE RÉPONSE

a) 1- Inférieur à 10 000 $
2- 10 000 $ à 14 999 $
3- 15 000 $ à 29 999 $
4- 30 000 $ et plus
5- Ne sait pas

b) 1- Inférieur à 10 000 $
2- 10 000 $ à 19 999 $
3- 20 000 $ à 39 999 $
4- 40 000 $ et plus
5- Ne sait pas

c) 1- Inférieur à 15 000 $
2- 15 000 $ à 29 999 $
3- 30 000 $ à 59 999 $
4- 60 000 $ et plus
5- Ne sait pas

54. Quelle langue parlez-vous le plus souvent à la maison ?
1- Français
2- Anglais
3- Autre :_____
4- Ne sait pas

55. Quel est votre pays d'origine ?
1- Canada
2- Autre :_____
3- Ne sait pas

Je vous remercie beaucoup du temps que vous nous avez accordé. Les renseignements recueillis nous serons grandement utiles. Avez-vous des questions ou des commentaires ?

N'oubliez pas que si vous voulez plus d'information vous pouvez rejoindre Mme X en composant le 450-928-6777 poste XX.

ANNEXE 4

CONSENTEMENT

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ
PORTRAIT DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EN MONTÉRÉGIE

Projet no :	2000-22
Titre du projet :	Planification du programme « protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel
Investigateur :	Dre Laura Haiek
Commanditaire :	Régie régionale de la santé et des services sociaux
Adresse :	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie 1255, Beauregard Longueuil (Québec) J4K 2M3
Téléphone :	(450) 928-6777 p. 3019 Téléavertisseur : (514) 989-6928 (Mme Dominique Brosseau)

Bonjour, mon nom est ________________.

Je participe à un projet de recherche sous la direction du Dre Laura Haiek à la Régie Régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Nous avons obtenu votre nom et numéro de téléphone grâce aux avis de naissance reçus et conservés ici. Votre collaboration nous serait d'une aide très précieuse.

BUT ET DESCRIPTION DE L'ÉTUDE :

Le principal but de cette étude est de connaître le mode d'alimentation des nourrissons en Montérégie et deuxièmement de connaître les facteurs contribuant au choix de ce mode d'alimentation afin de mieux planifier le programme « Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel en Montérégie ».

Il s'agit d'une étude réalisée auprès d'un échantillon représentatif de femmes résidant sur le territoire de la Montérégie et ayant accouché il y a six mois. La durée de l'entrevue est d'environ 15 minutes.

RISQUES, DÉSAGRÉMENTS ET AVANTAGES POTENTIELS

Cette enquête ne devrait vous apporter aucun risque à votre santé. L'information recueillie nous permettra de mieux planifier ce programme de santé publique et vous aurez, si besoin, accès à un meilleur programme.

PARTICIPATION ET RETRAIT DE L'ÉTUDE :

Votre participation à cette étude est strictement volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer ou refuser de répondre à l'une ou l'autre des questions sans que cela ne modifie les services et/ou traitements que vous pourriez recevoir à l'endroit où vous êtes inscrite.

CONFIDENTIALITÉ :

Tous les renseignements obtenus durant cette étude seront tenus confidentiels. Votre nom ne paraîtra dans aucun questionnaire ou publication sur le sujet. Toutefois, pour assurer l'aspect éthique de notre recherche, les données pourront être examinées par les membres du Comité de déontologie de la recherche du Centre de recherches cliniques de l'Hôpital Charles-Lemoyne.

Mme Dominique Brosseau que vous pouvez rejoindre au téléavertisseur numéro (514) 989-6928, répondra à toutes les questions que vous pourriez avoir relativement à votre participation à cette étude.

Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant vos droits en tant que sujet participant à une étude de recherche ou en cas de dommage attribuable à la recherche, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité de déontologie de la recherche du Centre de recherches cliniques de l'Hôpital Charles LeMoyne au (450) 466-5000 p. 2564.

Acceptez-vous de participer à cette étude? Oui : _____ Non : _____

Nom en lettre moulées de la patiente : ____________________________

Signature de l'enquêteur : ______________________________ Date : ____________________

Signature de l'investigateur : ______________________________ Date : ____________________